

# *I luoghi* della cura

3





## SOMMARIO

### Direzione scientifica

Antonio Guaita, Ermellina Zanetti

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

### Area pubblicità

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

Carla Sgarbi (Roma)

sgarbi@gruppocic.it

### Area marketing & sviluppo

Marta Castellani (Roma)  
castellani@gruppocic.it

Antonietta Garzonio

garzonio@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688

E-mail: info@gruppocic.it

Sito web: www.gruppocic.com

Ufficio di Milano:

V.le Caldara, 35/a - 20122 Milano

Tel. 02.55187057 - Fax 02.55187061

Quadrimestrale

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

Fotolito e fotocomposizione:

Punto Grafico s.r.l. Immagine e colore

P.za T. De Cristoforis, 4F - 00159 Roma

Stampa: Casa di Edizioni Tipografiche Artemisia

Guidonia (Roma)

**Abbonamento annuo** Italia € 10,00 (una copia € 2,50)-  
Esteri € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è  
assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma,  
lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene  
anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti  
predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di giugno 2004

*Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n.196 (Art.13) La 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). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, di 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.*

© Copyright 2004



CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO A:  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA

## EDITORIALE

Le tematiche dell'invecchiamento tra forte richiesta del "mercato" e modesto interesse degli studenti: Alcune ipotesi e qualche possibile strategia

Carla Facchini, 5

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

Le politiche regionali per gli anziani non autosufficienti: Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna a confronto

Barbara Da Roit, 9

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Quale ruolo dirigenziale possibile nelle strutture socio-sanitarie?

Adriana Belotti, 20

I tre gradini della questione anziana. Qualche simulazione sulla popolazione a rischio

Giuseppina A. Micheli, 28

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

Nutrizione e malnutrizione in RSA

Anna Crippa, 34

## MATERIALI DI LAVORO

(DOCUMENTI, LEGGI, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA, ECC.)

L'incontro tra i sistemi familiari ed i sistemi per le cure delle demenze

Giuliana Cislighi, Maddalena Scognamiglio, Maria Giorgetti,

Gian Mario Rozzi, Federica Rivolta, Sabrina Rossi,

Carla Stangalino, 39

## ESPERIENZE

L'habitat gerontologico tra passato e futuro. Il Progetto Synergy in Provincia di Varese

Marco Predazzi, 46

Il centro diurno integrato per anziani "Costa Bassa": analisi storica della popolazione raggiunta

Fabrizio Giunco, Chiara Perrone, Luisa De Capitani, 54

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Fragilità della pelle, fragilità della persona

Alberto Apostoli, Claudia Caula, 62

Dal Sud un modello di residenzialità geriatrica: "Villa Giovanna" di Bari

Giovanni Bigatello, 72

**Direzione scientifica**

Antonio Guaita

Ermellina Zanetti

**Comitato Editoriale**

Renzo Bagarolo

Antonino Frustaglia

Giovanni Bigatello

Cristiano Gori

Stefano Boffelli

Gianni Guerrini

Renato Bottura

Raffaele Latella

Gianna Carella

Luisa Lomazzi

Antonietta Carusone

Renzo Rozzini

Francesca Castelletti

Marco Trabucchi

Mauro Colombo

Daniele Villani

Carla Facchini

**Norme editoriali**

I lavori ospitati debbono essere inediti. La loro accettazione e pubblicazione sono di esclusiva competenza del Direttore e del Comitato Editoriale. Il Comitato Editoriale si riserva di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali, senza tuttavia alterarne il significato, la documentazione e gli scopi.

I dattiloscritti vanno inviati a *I luoghi della cura* – CIC Edizioni Internazionali – C.so Trieste, 42 – 00198 Roma (info@grup-pocic.it), corredati dal recapito del primo Autore, oppure al Comitato Editoriale presso Gruppo di Ricerca Geriatrica – Via Romanino, 1 – 25122 Brescia (segreteria@grg-bs.it).

Si raccomanda di conservare una copia del lavoro, in quanto il giornale non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale. La proprietà artistica e letteraria di quanto pubblicato è riservata all'Editore del giornale. Le abbreviazioni utilizzate saranno quelle previste dalle norme internazionali. Quando vengono pubblicate sperimentazioni su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, con relative aggiunte del 1983.

## Le tematiche dell'invecchiamento tra forte richiesta del "mercato" e modesto interesse degli studenti: Alcune ipotesi e qualche possibile strategia

**C**hi si occupa di percorsi formativi nel campo medico o in quello sociale nota spesso un ridotto interesse degli studenti ad occuparsi delle tematiche connesse all'invecchiamento, sia nella scelta dell'ambito in cui svolgere tirocinio o del tema su cui preparare la tesi, sia nella scelta della specializzazione post-laurea.

Se si considera che l'invecchiamento della popolazione oltre ad essere uno dei tratti salienti della società moderna, costituisce uno degli elementi cruciali con cui devono confrontarsi sia le politiche sanitarie, che quelle sociali, tale limitato interesse risulta decisamente problematico, in quanto prefigura uno scarto tra ambiti e tematiche che attraggono gli studenti e ambiti e tematiche su cui gli studenti dovranno intervenire al termine del loro percorso formativo. Tale scarto può infatti comportare che molti operatori vivano il loro lavoro con gli anziani come una soluzione di "ripiego", accettato in mancanza di sbocchi occupazionali legati ad ambiti di intervento ritenuti più stimolanti, con ovvie conseguenze negative sul loro coinvolgimento professionale e sulla stessa qualità del loro intervento.

Per elaborare strategie che incidano su tale scarto occorre, in primo luogo, cercare di capire quali possono essere le motivazioni di tale ridotto interesse.

Una prima ipotesi che si può formulare è che esso sia riconducibile al fatto che mentre lavorare su tematiche sanitarie specifiche, o su fasce sociali "a rischio", sia lavorare su "altro" e "lontano" da sé. Al contrario, lavorare con gli anziani e con le tematiche dell'invecchiamento implichi invece un confronto con la realtà e con i rapporti che si hanno con gli anziani della propria famiglia e, ancor più, con le immagini future di sé, della propria vecchiaia, delle proprie malattie, del proprio possibile decadimento implica dunque la necessità di un confronto, non semplice e ancor meno facile, con il proprio vissuto personale, con i propri timori e con le proprie paure.

Una seconda, e ancor più rilevante ipotesi è che gli studenti ritengano che altri campi, sanitari o sociali, di intervento permettano non solo di incidere positivamente sulla situazione ma anche di risolverla, gli interventi che riguardano gli anziani possano sì tamponare i problemi, ma non modificarli. Nello stesso tempo, mentre gli interventi sulla popolazione giovane e adulta hanno, di norma, ripercussioni che si protraggono a lungo, gli effetti, anche positivi, degli interventi sugli anziani hanno, una portata temporale sostanzialmente limitata. Se nel caso della popolazione giovane-adulta l'intervento può essere visto come effettivamente risolutorio, negli anziani l'intervento può essere considerato come in grado di

rimediare temporaneamente una situazione destinata ad evolversi negativamente: un *rammendo* dunque, e non una *ristrutturazione* risolutiva del “caso”.

In realtà, tale impostazione appare riconducibile ad una visione della vecchiaia come una condizione segnata da un processo unidirezionale e progressivo di deterioramento e di perdita, ovvero, per quanto riguarda il versante sanitario, dall'insorgere, o dal peggiorare di diverse patologie e, per quanto riguarda il versante sociale, da processi di isolamento e di emarginazione. Tale visione sostanzialmente “pessimista” comporta, come corollario, una concezione per cui i diversi interventi, i diversi servizi rivolti a questa fascia di popolazione possono sì migliorare, ma comunque non in modo sostanziale, condizioni di vita e ancor più condizioni di salute segnate da disagio e da “negatività”, senza che sia però ipotizzabile un effettivo miglioramento delle stesse e, ancor più un “ripristino” delle condizioni pregresse all'insorgere del problema specifico.

Non si tiene quindi conto della possibilità che elementi di compensazione possano intervenire anche in un quadro segnato dal declino dei livelli di funzionalità fisica o intellettiva e che, quindi, anche in presenza di situazioni sanitarie o socio-familiari difficili, possano verificarsi processi di invecchiamento vissuti, come sostanzialmente positivi. Si tratta insomma di un'impostazione che, se vede la salute come “assenza di malattia”, più che come stato di benessere o come assestamento dei soggetti su nuovi equilibri, vede la vecchiaia come il tempo della “perdita” e del bisogno.

Ma se questi sono i modelli culturali e l'impianto concettuale proposto nei percorsi formativi, è evidente che ben difficilmente gli studenti saranno motivati allo studio e all'intervento sulla popolazione anziana. Ben più stimolante, non solo in termini culturali, ma anche per le motivazioni all'impegno professionale, sarebbe invece un'impostazione che assumesse, come punto di partenza, non il concetto di *bisogno*, ma il concetto di *capacità residue*, sia per quanto riguarda la sfera biologica-sanitaria, che per quanto riguarda la sfera della socialità.

Questa modalità di impostazione comporterebbe infatti un'attenzione volta a quanto gli interventi e i servizi socio-sanitari possono fare per supportare le capacità residue esistenti (sia dell'utente, sia del contesto socio-familiare nel quale l'utente è inserito) e quindi introdurrebbe degli elementi di *progettualità* rispetto alla implementazione di tali risorse, di tali capacità. Certo, capacità e bisogni sono due facce della stessa medaglia: l'attenzione alle capacità residue non comporta, ovviamente, una sottovalutazione delle zone d'ombra di tali capacità, degli aspetti che limitano le diverse necessità dei soggetti, ossia dei bisogni; quello che però caratterizza un approccio centrato sulle capacità, è che l'attenzione è posta soprattutto sull'individuazione degli interventi e delle strategie che possano supplire, o innestare situazioni di compensazione a tali bisogni.

Nello stesso tempo, tale approccio comporta un'esplicita attenzione a cogliere il nesso tra autonomia, data dal quadro sanitario, e autosufficienza complessiva, determinata dal rapporto tra gli aspetti fisici e quelli psicologici e sociali. Ma per cogliere tale nesso, occorre un'impostazione molto più ricca e articolata rispetto a quella “monodisciplinare” che tuttora tende a caratterizzare la formazione sia degli operatori sociali che di quelli sanitari: da un lato, per gli operatori sanitari si pone la necessità di contestualizzare la salute in quanto processo che coinvolge, anche, l'ambito sociale; dall'altro, per gli operatori sociali, si pone, specularmente, la necessità di cogliere il ruolo specifico giocato dagli elementi sanitari e biologici sul vissuto dell'invecchiamento e sul suo inserimento familiare.

Vale a dire che si può stimolare un interesse verso le tematiche dell'invecchiamento solo “alzando il

tiro", sia sul ruolo degli interventi sociali o sanitari rivolti alla popolazione anziana, che sugli stessi processi formativi degli operatori.

Si tratta quindi non di nascondere o ridurre le possibili difficoltà ad occuparsi dell'invecchiamento, ma, al contrario, di partire, nell'impostazione dei processi formativi, proprio da tali difficoltà, trasformando le *criticità* in *potenzialità* intellettualmente stimolanti: evidenziando insomma come lo studio e il lavoro professionale in quest'ambito richieda, in misura ben maggiore che altri, da un lato un approccio interdisciplinare, dall'altro un confronto con una dimensione 'filosofica' ed una presenza di elementi di riflessività.

Carla Facchini  
Facoltà di Sociologia Università di Milano Bicocca



Collana diretta da  
C. Mencacci

# NURSING PSICHIATRICO

Mary C. Townsend

## Diagnosi infermieristiche in psichiatria

### Piani di cura e farmaci psicotropi

I edizione italiana dalla V edizione inglese  
a cura di E. Agrimi e C. Mencacci

Volume 1 - 220 pagine - € 40,00 - f.to cm 12x19

Volume 2 - 410 pagine - € 40,00 - f.to cm 12x19

Elizabeth Armstrong (ed.)

## Guida alla salute mentale per infermieri nella medicina di base

Edizione italiana a cura di E. Agrimi e C. Mencacci

242 pagine - € 40,00 - f.to cm 12x19



**CIC** Edizioni Internazionali

# Le politiche regionali per gli anziani non autosufficienti: Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna a confronto

Barbara Da Roit

Facoltà di Sociologia Università di Milano Bicocca

## **POLITICHE SOCIO SANITARIE NAZIONALI E REGIONALI PER GLI ANZIANI**

La regolazione nazionale delle politiche sociali e socio-sanitarie in Italia è piuttosto debole e frammentata. L'approccio si è a lungo caratterizzato per la settorialità nella definizione dei destinatari, dei sistemi di finanziamento e delle responsabilità istituzionali per le diverse aree di intervento. Soprattutto nell'ambito degli interventi a favore della popolazione anziana, il quadro normativo nazionale è rimasto particolarmente "leggero" o "debole", lasciando margini consistenti di sviluppo a politiche regionali differenziate. Ci si può pertanto attendere che gli interventi regionali siano differenziati quanto a obiettivi perseguiti, strumenti impiegati, assetti organizzativi dei servizi, risorse umane, strumentali ed economiche a disposizione.

Anche dopo l'approvazione della legge riforma degli interventi e dei servizi sociali<sup>1</sup> – che pure vede tra i suoi obiettivi prioritari la costruzione di un quadro di riferimento, orientamenti generali ed obiettivi comuni per le politiche sociali – una certa continuità in questo senso sembra plausibile. In primo luogo, la riforma si inserisce in contesti regionali già diversamente articolati e strutturati (Formez 2002a, 2002b). Inoltre, la legge di riforma si presenta più come una norma di principi che non come la definizione di contenuti delle politiche, privilegiando l'attenzione all'architettura istituzionale ed alle modalità di pianificazione e progetta-

zione territoriale. Infine, la riforma non incide in maniera drastica sulle risorse disponibili per le politiche sociali e sulla loro allocazione.

La prospettiva di una limitata armonizzazione degli interventi regionali appare ancora più realistica nel quadro della riforma costituzionale, che regionalizza ulteriormente le politiche sociali (De Martin 2002).

L'analisi comparata delle politiche delle regioni evidenzia fin dagli anni '70 linee di sviluppo differenti per le regioni del nord e quelle del sud, oltre che per le regioni a statuto speciale e quelle a statuto ordinario (Fargion 1997, Labos 1994), tanto nelle politiche sociali in generale quanto nell'area degli interventi a favore degli anziani. Più nello specifico, poiché gli interventi e servizi nell'area degli anziani non autosufficienti si collocano al confine con le politiche sanitarie, hanno risentito della differenziazione delle politiche sanitarie regionali. La differenziazione degli assetti organizzativi e gestionali dei servizi sanitari su base regionale, che si è andata accentuando negli anni '90 (Anessi Pessina e Cantù, 2002), può contribuire significativamente a spiegare la variabilità presente nel sistema dell'integrazione socio-sanitaria.

Questo articolo mette a confronto le politiche socio-sanitarie per gli anziani in tre regioni relativamente "simili" – Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. Saranno analizzate similitudini e differenze sia nello sviluppo di idee e principi di fondo sia nella definizione organizzativa ed operativa degli interventi e dei servizi da

<sup>1</sup> Legge 328/2000

parte delle Regioni, con particolare attenzione alle conseguenze sulle opportunità offerte alle persone anziane residenti.

### PRINCIPI E ORIENTAMENTI A CONFRONTO

L'analisi degli orientamenti generali di politica sociale espressi dalle tre regioni, mette in evidenza numerosi tratti comuni nel corso dei tre decenni di sviluppo delle politiche sociali regionali.

#### *La nascita delle politiche sociali negli anni settanta*

I primi anni '70 sono caratterizzati da un notevole attivismo legislativo delle Regioni italiane in materia socioassistenziale. Alcune leggi regionali approvate in questo periodo costituiscono l'attuazione e la specificazione di politiche nazionali, come nel caso degli asili nido<sup>2</sup>, dei consultori familiari<sup>3</sup> e delle tossicodipendenze<sup>4</sup>. Vi sono inoltre iniziative proprie delle regioni che, sulla base delle nuove competenze assunte in materia di assistenza e beneficenza, intraprendono percorsi autonomi nell'ambito delle politiche a favore di anziani, minori e portatori di handicap (Ferrario, 2001).

Lo studio comparato della legislazione regionale del periodo ha documentato una divisione piuttosto netta tra regioni del centro-nord e del sud (Fargion, 1997). Mentre le prime hanno mostrato una maggiore attenzione assumendo leggi *ad hoc* con un approccio innovativo, promuovendo la "deistituzionalizzazione" e lo sviluppo di servizi territoriali "aperti", le seconde sono intervenute in misura minore ed hanno per lo più dato continuità alla tradizionale prevalenza dei contributi economici quali strumenti di politica sociale.

Nel 1974 viene approvato dalla Regione Lombardia un provvedimento che colloca la regione a pieno titolo tra quelle promotrici di una politica di deistituzionalizzazione, attraverso lo sviluppo di servizi territoriali aperti. Secondo la legge lombarda il ricorso alle strutture residenziali deve avere carattere straordinario e può avvenire solo nel caso che gli altri servizi

presenti sul territorio e disciplinati dalla legge stessa non risultino accessibili. Inoltre, i contributi erogabili a favore delle strutture residenziali sono condizionati al non ampliamento delle capacità ricettive e non è previsto alcun sostegno per la gestione delle attività socioassistenziali in contesto residenziale. Il riconoscimento di contributi giornalieri a copertura delle spese sanitarie e di rilievo sanitario sostenute dalle strutture residenziali lombarde avviene a partire dal 1979<sup>5</sup> grazie a finanziamenti del fondo sanitario (Da Roit, 2001).

In Emilia-Romagna, dopo una legge del 1975 finalizzata al finanziamento della ristrutturazione di immobili da destinare ad abitazioni per anziani, viene approvata nel 1979 una norma più generale, relativa agli interventi a favore degli anziani. La legge sancisce la necessità di rimuovere il disagio o il bisogno per consentire la permanenza delle persone anziane nel loro contesto familiare e sociale. Gli strumenti per raggiungere tale obiettivo risiedono sia nell'istituzione o potenziamento di servizi di assistenza domiciliare, sia nella istituzione di case protette e nella trasformazione delle case di riposo in case protette.<sup>6</sup> Tale provvedimento, assunto diversi anni più tardi rispetto alla Lombardia, riflette orientamenti analoghi e comuni a numerose regioni del centro nord.

In questo contesto, assume un carattere particolare la legge della regione Veneto del 1975 che, pur ribadendo la necessità di sviluppare un sistema di servizi territoriali e domiciliari per favorire l'autonomia e la permanenza al domicilio delle persone anziane, affronta parallelamente il problema dell'adeguamento delle strutture residenziali esistenti. Le politiche socioassistenziali per gli anziani sono realizzate sia attraverso "servizi aperti" sia attraverso "servizi residenziali", ai quali si accede "ogni qualvolta gli interventi di assistenza aperta risultino meno efficaci o impossibili". Tuttavia si prevede che la regione promuova "la ristrutturazione, l'ammodernamento e il completamento delle case di riposo esistenti, al fine di adeguarle alle moderne metodologie di assistenza".<sup>7</sup> Inoltre è previsto il finanziamento regionale non solo per la sistemazione di

<sup>2</sup> Legge 1044/1971

<sup>3</sup> Legge 405/1975

<sup>4</sup> legge 685/1975

<sup>5</sup> Delibera del Consiglio regionale della Lombardia II/1976 anno 1979

<sup>6</sup> Legge n.30/1979 artt.1 e 2

<sup>7</sup> LR Veneto, 72/1975, artt.1 e 2

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

edifici già adibiti a strutture residenziali, ma anche per l'ampliamento o l'acquisizione di nuove strutture, preferibilmente destinate ad anziani non autosufficienti. Oltre ai contributi annui per la gestione di servizi domiciliari e centri diurni ed ai finanziamenti in conto capitale per la ristrutturazione e costruzione di strutture residenziali, sono previsti finanziamenti a favore delle case di riposo a titolo di "contributo giornaliero per il servizio di assistenza infermieristica e sanitaria a favore di persone anziane non autosufficienti".

*Gli anni ottanta e le leggi di riordino delle politiche sociali*  
Con la fine degli anni settanta, che vede l'approvazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale<sup>8</sup> ed il trasferimento ai comuni delle funzioni amministrative relative ai servizi socioassistenziali<sup>9</sup>, cambia radicalmente il quadro di riferimento.

A seguito della mancata approvazione della legge quadro sui servizi sociali, negli anni immediatamente successivi la maggior parte delle regioni a statuto ordinario procede all'approvazione di leggi di riordino complessivo in materia socioassistenziale, facendo esplicito riferimento ai servizi sociali a favore degli anziani come parte integrante della politica sociale regionale in senso più ampio.

Dal punto di vista dei contenuti, i testi legislativi adottati sono sorprendentemente simili nel linguaggio, negli obiettivi individuati, nel tentativo di attribuire alle politiche socioassistenziali caratteristiche di universalismo. Il superamento dell'approccio settoriale alle politiche sociali, l'approvazione di leggi di riordino sociale e sociosanitario, l'enfasi sull'universalismo nell'accesso alle prestazioni caratterizzano fortemente la produzione normativa degli anni ottanta in numerose regioni italiane.

La Lombardia approva la legge di riordino socioassistenziale nel 1986, secondo gli indirizzi prevalenti. Nonostante l'approccio rilevabile nel piano sia di tipo universalistico e riconosca "diritti" dei cittadini nell'accesso ai servizi sociali, viene esplicitata la necessità di far fronte prioritariamente a coloro che si trovano in maggiori condizioni di bisogno, evidenziando così un intento "selettivo". Per alcune aree di intervento - tra cui l'assistenza residenziale agli anziani - è sottolineata

la necessità di interventi integrati sociali e sanitari. Mentre il ruolo regionale di programmazione, definizione di obiettivi e priorità in ordine alle politiche sociali emerge piuttosto chiaramente dal testo della legge, in termini di "vincolo" per gli enti locali attuatori e gestori degli interventi, concorrono alla realizzazione del sistema regionale socioassistenziale enti pubblici e privati senza scopo di lucro, tra cui le organizzazioni di volontariato. Viene inoltre istituito il fondo sociale regionale nel quale confluiscono tutte le risorse da destinare alle diverse aree di intervento ed a servizi specifici. La necessità di utilizzare tali risorse per orientare, qualificare e sviluppare il sistema dei servizi sociali regionali ed equilibrare territorialmente l'offerta è ripetutamente sottolineata dalla legge lombarda. La legge rinvia quindi a successivi piani e progetti-obiettivo la piena realizzazione degli obiettivi generali fissati: il primo piano socioassistenziale (PSA) - che individua una tipologia di servizi (residenziali, diurni e domiciliari), nonché aree di intervento (materno-infantile, adolescenti e giovani; disabili; anziani; dipendenze) per i quali sono fissati specifici obiettivi e priorità - viene adottato a fine 1987 con riferimento al triennio 1988-90. Il Progetto obiettivo anziani sarà invece approvato solo alcuni anni più tardi.

La regione Emilia-Romagna adotta la legge di riordino socioassistenziale nel 1985, un anno prima rispetto alla Lombardia. La definizione dei principi generali di riferimento della legge è coerente con le tendenze del periodo. Per quanto riguarda, in particolare, gli interventi a favore degli anziani la legge di riordino recepisce sostanzialmente i contenuti generali e gli obiettivi stabiliti dalla legge di settore approvata alla fine degli anni '70. A differenza della Lombardia, in Emilia-Romagna alla legge di riordino non seguono provvedimenti attuativi delle politiche a favore degli anziani. E' tuttavia rilevante la decisione assunta all'inizio degli anni '90 di riordinare il sistema di offerta di servizi residenziali e semiresidenziali, prevedendo una precisa tipologia di offerta nonché caratteristiche strutturali e gestionali, connesse al rilascio delle autorizzazioni al funzionamento ed alla successiva vigilanza<sup>10</sup>.

La legge di riordino socioassistenziale della regione Veneto è tra le prime adottate in Italia. Risale, infatti, al

<sup>8</sup> Legge 833/1978

<sup>9</sup> DPR 616/1977

<sup>10</sup> Delibera del Consiglio Regionale n.560/1991

1982 ed è successivamente modificata ed integrata nel 1986. Anche nel testo normativo veneto è particolarmente sottolineato il ruolo di promozione sociale che gli interventi pubblici devono assumere, coerentemente con gli orientamenti generali delle leggi regionali di riordino del periodo. Anche in questo caso la programmazione regionale e territoriale assumono una posizione centrale nella logica della legge, così come il finanziamento dei servizi grazie alle risorse del nuovo fondo sociale regionale dovrebbe servire a sviluppare un'offerta di servizi coerente con gli obiettivi di sviluppo predefiniti. La legge di riordino non affronta in modo specifico gli interventi da realizzare a favore delle persone anziane, ma rinvia a successive decisioni. Sono infatti seguiti a tale legge, nel corso degli anni '80, due piani sociali approvati nel 1984 e nel 1989, che tuttavia non fanno esplicito riferimento a politiche nell'area anziani, ma conservano un approccio organizzativo e generale rispetto al sistema dei servizi. La legge regionale di settore dei primi anni '70 resta pertanto in vigore anche dopo il riordino socio assistenziale.

### *Gli anni novanta e la rete dei servizi per anziani*

E' tra la fine degli anni ottanta e l'inizio degli anni '90 che l'attenzione si concentra sulle politiche a favore della popolazione anziana ed in particolare sui bisogni di cura degli anziani non autosufficienti.

La legislazione nazionale pone per la prima volta attenzione ai servizi residenziali per gli anziani non autosufficienti, predisponendo a partire dal 1987 un piano di investimenti per la realizzazione di residenze sanitario assistenziali e fissando requisiti minimi strutturali per l'autorizzazione al funzionamento di tali strutture<sup>11</sup>. Inoltre, nei primi anni '90, prende avvio un dibattito sulla relazione tra prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza in presenza di patologie cronicodegenerative, che pone l'accento sulla "fragilità" come aspetto cruciale della condizione anziana e come concetto attorno al quale costruire le politiche di sostegno. Nel 1992 viene approvato dal parlamento il Progetto Obiettivo Tutela della salute dell'anziano (POSA), successivamente incluso nel Piano Sanitario

Nazionale 1994-1996, che introduce l'idea della "rete" dei servizi, cui si accede grazie alla mediazione di équipe multidisciplinari territoriali<sup>12</sup>.

Altrettanta enfasi è posta sulla necessità di integrare prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie per rispondere in modo unitario ai bisogni di cura delle persone anziane. Si sottolinea in particolare, in questo caso, la necessità di far fronte in modo integrato ai bisogni di salute e benessere sul piano sia delle cure domiciliari sia diurne e residenziali.

Nel 1995 viene approvato dalla regione Lombardia il Progetto obiettivo anziani (POA). L'idea che pervade il documento lombardo è quello della attivazione di un modello a rete di risposta ai bisogni delle persone anziane, con lo sviluppo prioritario dei servizi diurni e domiciliari. Particolare attenzione è posta alla necessaria integrazione tra interventi sanitari, socioassistenziali e di rilievo sanitario. Lo strumento operativo con il quale raggiungere tali obiettivi è l'UVG, cui sono attribuiti compiti di valutazione multidimensionale dei bisogni, di individuazione delle risposte più idonee, di orientamento nella rete dei servizi e di monitoraggio nel tempo. Il ruolo dell'UVG verrà solo successivamente rimosso nella regione.

Nel 1994 l'Emilia-Romagna approva una legge relativa al sistema dei servizi a favore della popolazione anziana<sup>13</sup>. Con particolare riguardo agli anziani non autosufficienti la legge sottolinea la necessità di promuovere l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, sotto il profilo sia istituzionale sia gestionale.

In questo nuovo quadro normativo la legge prevede l'articolazione dell'offerta dei servizi della rete, l'introduzione del responsabile del caso per ogni anziano preso in carico.

A differenza delle altre due regioni analizzate, il Veneto non procede nello sviluppo delle politiche per gli anziani attraverso strumenti quali la legge di settore o il progetto obiettivo, come è avvenuto in Emilia-Romagna e Lombardia. Nel 1991 la regione Veneto approva una legge relativa alle "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e

<sup>11</sup> La Legge 67/1988 fissa l'obiettivo della realizzazione di 140.000 posti letto in strutture per anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Il DPCM 22 dicembre 1989 e le successive linee guida del Ministero della Sanità n.1/1994 determinano gli standard strutturali relativi alle Residenze sanitario assistenziali (RSA)

<sup>12</sup> Si tratta dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), successivamente introdotte da dodici regioni (Dipartimento affari sociali, 1998)

<sup>13</sup> Legge regionale Emilia Romagna 5/1994

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

norme attuative delle Residenze sanitario assistenziali<sup>14</sup> Con tale norma viene introdotta una nuova misura a sostegno delle persone non autosufficienti, non solo anziane, che secondo la regione stessa deve essere considerata non sostitutiva di altre unità di offerta (domiciliari e diurne), ma ad esse complementare (Regione Veneto, 1992). Un contributo economico erogato a favore di persone non autosufficienti che, pur non necessitando di ricovero continuativo, hanno bisogno di interventi assistenziali e di rilievo sanitario al loro domicilio. Si tratta di un provvedimento che per alcuni aspetti anticipa molti temi ed approcci tipici della seconda parte degli anni '90 anche in altre Regioni. Inoltre, lo sviluppo delle politiche sociali per gli anziani in Veneto è strettamente connesso ai processi di riorganizzazione complessiva del settore sociosanitario nella seconda metà degli anni '90<sup>15</sup>: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza residenziale extraospedaliera e quella domiciliare. Nel modello Veneto della fine degli anni '90 la residenzialità sanitaria extraospedaliera a carattere estensivo si realizza attraverso la implementazione di una rete di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), costituita da presidi territoriali derivanti da riconversioni di strutture ospedaliere dismesse, nonché attraverso un processo di qualificazione della risposta sanitaria della rete delle case di riposo per anziani non autosufficienti e degli istituti per disabili. Infine la programmazione regionale si è orientata alle cure domiciliari, attraverso la definizione di linee guida regionali dirette sia alle Aziende ULSS sia ai Comuni che organizzano l'assistenza a domicilio.<sup>16</sup>

### Le tendenze recenti

Due idee cruciali nello sviluppo delle politiche a favore degli anziani, a partire soprattutto della seconda metà degli anni novanta, sono rappresentate dalla necessità

di garantire sostegno alle famiglie degli anziani non autosufficienti e libertà di scelta nell'accesso ai servizi socioassistenziali. In particolare si evidenzia il crescente ricorso ad erogazioni economiche a favore delle famiglie: nel caso delle politiche a favore degli anziani non autosufficienti tale tendenza si coniuga con il tentativo di limitare le domande di istituzionalizzazione (Gori, 2001; Gori e Pasquinelli, 2001; Gori e Torri, 2001).

Sussidiarietà orizzontale, prioritaria autosoddisfazione dei bisogni da parte delle famiglie; sostegno ai *caregiver* informali; enfasi sulla libertà di scelta rappresentano i temi emergenti nel dibattito e nei testi normativi. È in questo clima che regioni ed enti locali hanno promosso il ricorso agli assegni di cura<sup>17</sup> e, in maniera più limitata, ai voucher<sup>18</sup>, soprattutto nell'ambito delle politiche per le persone anziane non autosufficienti. In Lombardia la legge a sostegno delle responsabilità familiari si colloca tra le iniziative (e nel dibattito) volte a riconoscere e promuovere l'autosoddisfazione dei bisogni di cura da parte delle famiglie<sup>19</sup>.

Di particolare rilievo per il peso assunto nel dibattito è l'introduzione, nel 2001 in via sperimentale, di un buono sociosanitario a favore delle persone anziane non autosufficienti, finanziato con risorse del fondo sanitario regionale. I destinatari sono persone con almeno 75 anni, non autosufficienti, che vivono a casa propria ed in possesso un reddito inferiore a determinate soglie. I beneficiari possono utilizzare il contributo o per soddisfare in proprio i bisogni di cura o per acquistare servizi presso erogatori accreditati.

Anche in Emilia-Romagna, come nella sperimentazione lombarda, il finanziamento del sostegno delle famiglie non autosufficienti è realizzato attraverso fondi di natura sanitaria. Si tratta di un contributo economico a favore dei non autosufficienti, che siano stati valutati dall'UVG<sup>20</sup> e che possiedano un reddito inferiore a

<sup>14</sup> Legge regionale 6 settembre 1991 n.28, seguita dal Regolamento regionale 6 settembre 1991 n.9

<sup>15</sup> (Decreto Legislativo n. 502/92 e n.517/93)

<sup>16</sup> DGR n. 5273/98

<sup>17</sup> Un assegno di cura è un contributo in denaro erogato a persone con un determinato bisogno assistenziale (considerato meritevole di tutela pubblica) o ai loro familiari. L'assegno una volta percepito può essere utilizzato discrezionalmente per acquistare prestazioni sul mercato affidando l'assistenza a personale retribuito o per compensare i familiari per l'attività di cura svolta. La legge di riforma dell'assistenza li considera una forma di sostegno delle responsabilità familiari (art.16 Legge 328/2000)

<sup>18</sup> I voucher (o "buoni-servizio") rappresentano per gli enti pubblici un'alternativa alla erogazione diretta di servizi di cura. I Comuni, le Regioni e le Aziende sanitarie, anziché fornire direttamente servizi quali l'assistenza domiciliare per anziani o i centri diurni per disabili, possono emettere a favore di persone che hanno un riconosciuto bisogno di cura (o loro familiari) dei buoni per l'acquisto di servizi, spendibili presso erogatori pubblici e privati accreditati. I voucher sono definiti dalla legge di riforma dell'assistenza "titoli per l'acquisto di servizi sociali" (art.17 L.328/2000)

<sup>19</sup> LR 23/99 "Legge regionale per la famiglia"

<sup>20</sup> sono previsti 3 livelli assistenziali in corrispondenza dei quali viene erogato un assegno mensile di entità diversa

determinate soglie. Nonostante il denaro erogato possa essere speso liberamente dai percettori, la misura si configura come più strutturata e coordinata con la complessiva rete dei servizi sociosanitari. Il caregiver che percepisce l'assegno per conto dell'anziano non autosufficiente sottoscrive infatti un contratto con l'amministrazione pubblica, che, almeno nelle previsioni, dovrebbe incaricarsi di monitorare l'evolversi della situazione.

Per quanto riguarda la regione Veneto, da sottolineare sono le iniziative messe in atto nell'area anziana a sostegno delle persone malate di Alzheimer e delle loro famiglie<sup>21</sup> che si affiancano ai contributi economici già in essere a favore delle persone non autosufficienti. Infine, di recente introduzione sono i contributi alle famiglie che impiegano regolarmente assistenti a pagamento.

### **L'OFFERTA DI SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI: ORGANIZZAZIONE, DESTINATARI, RISORSE**

Nonostante le numerose linee di tendenza comuni presenti nelle rispettive normative regionali, ad uno sguardo più ravvicinato le politiche per gli anziani e la loro implementazione appaiono assai differenti nei tre contesti regionali considerati. E' sul piano regolamentare, dei contenuti di dettaglio della pianificazione e progettazione degli interventi riforma sanitaria, della definizione dei budget e dell'accesso ai servizi che le politiche regionali si differenziano notevolmente.

#### *La rete dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari*

La Regione Lombardia considera la RSA come risposta assistenziale per anziani totalmente o parzialmente

non autosufficienti, oltre che agli anziani affetti da malattia di Alzheimer. Secondo un sistema che si è consolidato alla fine degli anni novanta, gli standard assistenziali previsti crescono in intensità dal primo tipo di utente all'ultimo. A partire dall'anno 2003 ha trovato prima applicazione una nuova disciplina complessiva in materia di RSA per quanto attiene sia la classificazione dei residenti in relazione ai loro bisogni assistenziali, sia la remunerazione delle strutture, secondo una tipologia maggiormente articolata<sup>22</sup>. La Regione Emilia-Romagna prevede due tipi di strutture residenziali per anziani non autosufficienti: le case protette e le RSA. Mentre le prime sono destinate ad anziani parzialmente autosufficienti, le seconde rappresentano strutture a più elevata intensità sanitaria riservate ad anziani non autosufficienti affetti da patologie cronico degenerative<sup>23</sup>. In Veneto, infine, i posti letto in struttura residenziale sono classificati a seconda dell'intensità dell'assistenza sanitaria<sup>24</sup>.

Le previsioni di fabbisogno e le dotazioni nelle tre regioni sono differenziate. Il numero di posti letto in RSA accreditate in Lombardia ammontava a 41.121 nel 1999, pari al 2,7% della popolazione residente di 65 anni e più<sup>25</sup>. Nel 1998 i 12.270<sup>26</sup> posti letto disponibili in RSA ed in casa protetta in Emilia-Romagna corrispondevano ad 1,4 posti letto per ogni 100 residenti con almeno 65 anni di età.

Nella regione Veneto il fabbisogno di posti letto per anziani non autosufficienti in strutture residenziali è stimato nell'1% della popolazione con età compresa fra 65 e 74 anni oltre al 4% della popolazione con almeno 75 anni, ovvero circa il 2,3% della popolazione con almeno 65 anni. Il fabbisogno stimato per l'anno 2000 corrisponde a 20.085 posti letto contro un'offerta leggermente inferiore (19.814 posti).

Il contenuto stesso dei servizi residenziali assume connotati differenti. Se facciamo riferimento agli standard

<sup>21</sup> Art. 40 ("Intervento sperimentale di assistenza domiciliare a favore delle persone con morbo di Alzheimer grave") della Legge regionale n° 5 del 9 febbraio 2001 e Delibera di Giunta Regionale 1513 dell'8 giugno 2001

<sup>22</sup> sulla base di SOSIA (Schede di Osservazione Intermedia di Assistenza) che prevedono 8 tipi di ospite con relativo riconoscimento del contributo sanitario per giorno di degenza

<sup>23</sup> in effetti la tendenza in atto è di dare vita a strutture uniche con livelli di assistenza interni differenziati (Regione Emilia-Romagna, 2001)

<sup>24</sup> in nuclei di RSA (assistenza sanitaria di intensità media), nuclei di RSAir (RSA ad intensità ridotta, con assistenza sanitaria ridotta) e nuclei Rass (Residenze assistite, con intensità assistenziale minima)

<sup>25</sup> La programmazione regionale realizzata con il POA regionale ha fissato in 3,5 posti letto per ogni anziano con almeno 65 anni il fabbisogno di posti letto nella regione mentre il nuovo piano sociosanitario cambia l'indice di fabbisogno fissandolo ad almeno 7 posti letto per ogni anziano con almeno 75 anni e più

<sup>26</sup> di cui 1.415 in RSA e 10.855 in casa protetta

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

gestionali previsti dalle normative regionali per l'autorizzazione al funzionamento, l'accreditamento ed il convenzionamento ad un estremo troviamo la regione Emilia-Romagna, i cui standard di personale socio-sanitario sono decisamente più elevati (per quanto riguarda soprattutto le Rsa); all'estremo opposto la regione Veneto prevede requisiti per l'autorizzazione al funzionamento ed al convenzionamento molto ridotti in termini comparativi. In posizione intermedia si trova la Lombardia, pur con alcune differenziazioni interne connesse alla tipologia degli ospiti ed al loro fabbisogno assistenziale.

Per quanto riguarda i servizi semiresidenziali, i centri diurni rappresentano un'unità di offerta relativamente recente e poco sviluppata. Nel 1998 erano 1.100 utenti anziani dei centri diurni nella Regione Veneto. Nello stesso anno l'offerta in Emilia-Romagna era pari a 1.522 posti nei centri diurni accreditati per anziani (Regione Emilia-Romagna, 2001). In Lombardia, infine, i posti nei centri accreditati ammontano a 1459 nel 2004<sup>27</sup>.

I requisiti per l'accreditamento o l'autorizzazione al funzionamento dei centri diurni integrati paiono relativamente più omogenei nelle tre regioni, ma meno dettagliati rispetto alle Rsa.

Infine, l'analisi comparata dell'offerta di assistenza domiciliare è resa particolarmente difficile dalla carenza di informazioni su questa specifica unità di offerta. I pochi dati disponibili al riguardo riferiscono che i servizi domiciliari in Italia, pur poco sviluppati nel complesso, sono relativamente più presenti nell'Italia centro settentrionale che al sud e nelle isole. Tuttavia la natura stessa del servizio - particolarmente flessibile o frammentato e gestito in maniera diversa nei contesti territoriali - rende i pochi dati disponibili di difficile lettura. In Lombardia nel 1999 le persone anziane che ricevevano assistenza domiciliare integrata erano

52.350 pari al 3,5% circa della popolazione con almeno 65 anni; nello stesso anno erano 27.020 gli anziani utenti del servizio di assistenza domiciliare comunale, pari all'1,8% degli anziani (Regione Lombardia, 2000)<sup>28</sup>. In Emilia-Romagna gli anziani utenti di assistenza domiciliare sia per prestazioni assistenziali che socio-sanitarie integrate sfioravano nel 1998 le 11.000 unità, con un'incidenza percentuale sulla popolazione di 65 anni e più pari al 2,26% (Regione Emilia-Romagna, 2001). Nella regione Veneto, gli anziani assistiti a domicilio erano, invece, 14.709 nel 1995, ovvero l'1,94% della popolazione anziana residente (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 1998)<sup>29</sup>.

Tuttavia poiché variabili sono le modalità organizzative, le intensità assistenziali ed i rapporti con gli altri servizi, il significato assunto dai dati nelle tre regioni è probabilmente assai diverso<sup>30</sup>.

### *Gli assegni di cura*

In Lombardia il "buono socio-sanitario" a favore degli anziani non autosufficienti è una misura introdotta sperimentalmente nel 2001<sup>31</sup> e sospesa l'anno successivo, destinata a persone di almeno 75 anni di età, con una valutazione positiva per l'accesso all'indennità di accompagnamento<sup>32</sup> ed un reddito personale e familiare inferiore a determinate soglie. Fin da principio si è previsto che nel caso le presentate domande fossero in eccesso rispetto alla complessiva disponibilità di risorse, i beneficiari sarebbero stati selezionati in relazione alla loro età. Il valore del buono, uguale per tutti i beneficiari, era stabilito in 800 mila lire mensili (circa 400 euro). I destinatari del buono potevano utilizzarlo a scelta o come "assegno di cura" o come "voucher". Nel primo caso il buono, sottoforma di erogazione monetaria, poteva essere utilizzato con assoluta discrezionalità da parte dei beneficiari per compensare i propri familiari *caregiver* o per acquistare assisten-

<sup>27</sup> DRG 14367/2004

<sup>28</sup> In effetti non è possibile stabilire se gli utenti di un servizio siano considerati contemporaneamente anche utenti dell'altro o se si tratta di valori sommati (Regione Lombardia, 2000)

<sup>29</sup> il dato sugli utenti del servizio di assistenza domiciliare sale a 24.389 nel 1999 per le sole prestazioni sociali (oltre a 55.000 utenti dell'ADI nello stesso anno) (Regione Veneto, 2001). Non è tuttavia indicata l'utenza anziana, né la sovrapposizione possibile tra utenti SAD ed utenti ADI

<sup>30</sup> le stesse Regioni invitano ad una certa cautela nella valutazione dei dati a causa delle diverse modalità classificatorie su base territoriale (cfr. ad esempio: Regione Veneto, 2001).

<sup>31</sup> Delibera della Giunta regionale della Lombardia n.2857 del 22 dicembre 2000

<sup>32</sup> l'indennità di accompagnamento è una misura nazionale di sostegno economico non sottoposta alla prova dei mezzi e la cui erogazione presuppone che i beneficiari siano stati dichiarati ciechi assoluti o inabili totali che si trovino nelle condizioni di non poter deambulare autonomamente o, non essendo in grado di compiere in autonomi agli atti fondamentali della vita quotidiana, abbiano bisogno di assistenza continua (legge 508/88)

za privata. Nel secondo caso era possibile acquistare prestazioni sociosanitarie presso erogatori accreditati. La fornitura del buono sociosanitario era incompatibile con il ricovero in RSA, ma non con l'erogazione di servizi domiciliari e semiresidenziali, sociali o sanitari. Nel primo anno di sperimentazione i destinatari (circa 7.000, per una spesa pari a 25 milioni di euro) erano anziani di età uguale o superiore agli 87 anni; il 90% di questi ha optato per l'utilizzo del buono come "assegno" di cura. Con la fine della sperimentazione la Regione ha, da un lato, avviato la sperimentazione di voucher sociosanitari nell'ambito dei servizi domiciliari integrati (ADI) e dall'altro ha indicato ai Comuni di impiegare una quota delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali,<sup>33</sup> all'introduzione di assegni di cura e voucher.

Nella regione Emilia-Romagna gli assegni di cura sono stati introdotti nel 1994<sup>34</sup> come forma di sostegno economico per le famiglie che prendono in carico un anziano a domicilio. Anche in questo caso si tratta di un'alternativa all'inserimento in una struttura residenziale. Accanto alla valutazione della condizione di bisogno socioassistenziale, effettuata dall'unità di valutazione territoriale, la situazione economica della famiglia rappresenta un requisito per l'assegno: anche in questo caso il reddito non può superare determinate soglie. Nel 1997 gli anziani che hanno usufruito degli assegni di cura sono stati 6.949, e nel 1998 6.832 (pari all'1,72% degli over 75). Al 31 dicembre 2001 i contratti attivi erano 6.568. La spesa sostenuta per la misura è stata pari a circa 16,5 milioni di euro, quasi interamente finanziati con risorse del fondo sanitario regionale (Regione Emilia-Romagna 2001). Le risorse destinate a questa misura, ed il numero dei beneficiari, sono cresciuti considerevolmente nel tempo; per l'anno 2004 si prevede una spesa complessiva pari a 21,5 milioni di euro, ripartiti tra circa 15 mila beneficiari.

Nella regione Veneto le "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite e domicilio" sono state introdotte sperimentalmente nel 1992<sup>35</sup> e por-

tate a regime nel 1995<sup>36</sup>. I richiedenti devono possedere una condizione economica inferiore a determinate soglie e requisiti connessi al bisogno psicofisico. La misura del contributo è commisurata al grado di perdita di autonomia fisica o psichica, al livello degli interventi assicurati al soggetto dal servizio sociosanitario integrato, alle prestazioni fornite dai familiari o dalle reti di solidarietà, all'accertamento delle condizioni socioeconomiche del soggetto e del nucleo familiare di stabile convivenza. L'entità del contributo non può comunque superare l'importo dell'indennità di accompagnamento. Ogni anno viene formata una graduatoria degli aventi diritto ed una lista di attesa: a seconda del numero degli aventi diritto e dei fondi a disposizione, viene stabilito un tetto di domande cui dare risposta e la percentuale di abbattimento dei benefici da applicare per soddisfare quel tetto. I beneficiari del contributo possono scegliere liberamente come utilizzarlo. Approssimativamente la spesa per il finanziamento della misura nell'anno 2000 è stata pari a circa 13 milioni di euro: anche in questo caso, come avvenuto nella regione Emilia-Romagna si riscontra una crescita notevole delle risorse destinate all'assegno di cura, che raggiungono i 20 milioni di euro nell'anno 2004.

Più recente è l'introduzione da parte della regione Veneto di una specifica misura a sostegno delle famiglie che assistono a domicilio malati di Alzheimer, la cui sperimentazione è stata avviata nel 2001<sup>37</sup>. I destinatari sono persone affette da demenza con gravi disturbi comportamentali. Oltre alla valutazione della patologia e delle condizioni psicofisiche, è previsto sia l'accertamento delle condizioni complessive della famiglia in ordine alla possibilità di garantire i livelli assistenziali necessari, sia delle condizioni economiche. Diversamente da quanto previsto per i contributi economici a favore delle persone non autosufficienti - che non sono cumulabili questa forma di sostegno - si considera in questo caso il solo reddito individuale della persona affetta da Alzheimer. A parità di condizione economica è discriminante la gravità della malattia ed a

<sup>33</sup> tendenzialmente pari al 70% nel triennio

<sup>34</sup> dalla legge regionale n. 5/94

<sup>35</sup> Legge regionale Veneto 28/1991

<sup>36</sup> I beneficiari della misura non sono soltanto gli anziani, ma anche adulti e minori purché residenti in Veneto, privi di autonomia fisica o psichica che, pur non necessitando di ricovero continuativo in strutture ospedaliere, necessitano di particolari interventi assistenziali e di rilievo sanitario al proprio domicilio

<sup>37</sup> "Intervento sperimentale di assistenza domiciliare a favore delle persone con morbo di Alzheimer grave", art.40, Legge regionale Veneto 5/2001

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

parità di gravità sono favorite le persone più giovani. Il contributo economico è pari a 516 euro mensili. Anche in questo caso l'accertamento delle condizioni sociali e sanitarie è effettuato dalle apposite unità di valutazione territoriali. Il finanziamento della misura, stabilita per l'anno 2001 in 5 milioni di euro, è cresciuto fino a 10 milioni di euro nell'anno 2004.

Infine, la regione Veneto ha introdotto nell'anno 2002 contributi economici a favore delle famiglie che assistono a domicilio persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenza privata<sup>38</sup>. Questa forma di intervento rappresenta una risposta al crescente ricorso delle famiglie a personale a pagamento, ed alla necessità di sostenere il ricorso ad impiego regolare in questo settore. Requisiti per l'accesso al beneficio sono la condizione di non autosufficienza della persona assistita a domicilio, la regolare assunzione di un assistente familiare, la condizione economica della famiglia rilevata in base all'indicatore della situazione economica. Il contributo è cumulabile con altre provvidenze economiche a favore di persone non autosufficienti assistite a domicilio. L'entità del contributo è al massimo di 250 euro mensili per l'anno 2004 ed è commisurata ai livelli contrattuali di impegno delle assistenti familiari, all'indicatore della situazione economica equivalente rilevata dalla dichiarazione sostitutiva unica, nonché alle risorse regionali disponibili. Sulla base di quanto sperimentato nel 2003, è prevista per l'anno 2004 una spesa complessiva di 6,5 milioni di euro.

### UNA SINTESI COMPARATIVA

Dall'analisi svolta, emergono rilevanti analogie nello sviluppo normativo nelle tre regioni prese in considerazione, soprattutto per quanto riguarda i principi ispiratori delle decisioni regionali. Nelle diverse fasi storiche si sono susseguiti principi generali cui le politiche di intervento a favore degli anziani si sono ispirate e cui è stata attribuita particolare enfasi nella produzione normativa.

Ciò che accomuna negli anni 1970 la legislazione delle tre regioni, in materia di interventi a favore degli anziani, è l'attenzione posta allo sviluppo di servizi alternativi al ricovero e di accesso agevolato all'edilizia

pubblica. Le norme differiscono parzialmente quanto al rapporto tra servizi residenziali e servizi territoriali e domiciliari: mentre la Lombardia esprime una chiara tendenza a privilegiare i servizi territoriali, nel Veneto all'opzione ideale a favore dei servizi territoriali fa riscontro l'obiettivo di sviluppo parallelo di interventi residenziali; in posizione intermedia si colloca, infine, l'Emilia-Romagna.

Ciascuna delle tre regioni adotta un provvedimento di riordino socioassistenziale negli anni 1980. La regione Lombardia si distingue per il carattere innovativo della norma rispetto al panorama precedente. Infatti, tutte le leggi settoriali, ivi compresa quella relativa agli anziani vengono abrogate, per procedere alla ridefinizione del sistema dei servizi attraverso un modello organizzativo unico ed obiettivi specifici di tutela per particolari gruppi di persone. Al contrario, in Veneto ed in Emilia-Romagna i contenuti delle leggi di settore degli anziani vengono o recepite nella nuova norma o restano in vigore, pur in quadro organizzativo modificato. Inoltre la regione Lombardia è la sola a definire, fin dagli anni '80, accanto ad una tipologia di servizi nell'area anziani, obiettivi da raggiungere sulla base di alcuni indici di fabbisogno. Nelle tre regioni si riscontra, peraltro una tendenza ad una maggiore definizione e specificazione dei contenuti degli interventi residenziali rispetto a quelli domiciliari e territoriali, nonostante l'enfasi sia sempre posta sulla necessità di sviluppare adeguati servizi domiciliari ed aperti.

E' nel decennio successivo che le unità di offerta dei servizi per anziani si sviluppano pienamente nelle tre regioni, sulla base di quanto stabilito dalla precedente programmazione ed in relazione alla riorganizzazione dei servizi sociosanitari più in generale. L'idea della "rete" dei servizi è presente in ciascun caso regionale considerato e messa al centro dei documenti normativi e di programmazione.

Più recentemente sono stati introdotti o estesi nuovi tipi di prestazioni – assegni di cura e voucher – che tendono ad occupare una posizione centrale nella politica di tutte e tre le regioni considerate.

L'assenza di una legge quadro nazionale sembra non aver impedito lo sviluppo di approcci comuni nelle tre regioni esaminate, e la crescita di analoghe unità di offerta. Ciononostante, appare evidente una differen-

<sup>38</sup> DGR 3630/2002 – Interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari

ziatura significativa nella implementazione delle politiche dal punto di vista organizzativo, delle risorse disponibili, della effettiva destinazione di tali risorse. In effetti, ciò che distingue le normative regionali non sono tanto gli obiettivi generali perseguiti quanto i traguardi raggiunti attraverso forme di regolazione istituzionali ed una strumentazione normativa, organizzativa ed economico-finanziaria differenziate.

Per quanto riguarda i servizi residenziali, che rappresentano una delle più importanti unità di offerta, vi sono differenze considerevoli, pur restando i tassi di istituzionalizzazione piuttosto bassi nelle tre regioni. L'Emilia-Romagna ha optato per uno sviluppo contenuto di RSA ad alta intensità sanitaria e lo sviluppo relativamente più ampio - ma pur sempre limitato al confronto con la Lombardia - di case protette, a media intensità sanitaria e paragonabili alle RSA lombarde. La Lombardia ha invece centrato lo sviluppo della rete delle strutture residenziali sulla diffusa presenza di RSA a intensità sanitaria intermedia e presenta i tassi di istituzionalizzazione più alti tra le tre regioni. Infine, il Veneto si caratterizza per una diffusione di strutture residenziali analoga a quella emiliana, ma con un grado di intensità sanitaria sensibilmente più basso.

Il confronto relativo ai servizi semiresidenziali e domiciliari appare assai difficile, a causa del limitato sviluppo di queste unità di offerta - in particolare per quanto riguarda i centri diurni - e della difficoltà di interpretazione di dati disomogenei, soprattutto relativamente ai servizi domiciliari.

Nell'area delle "nuove" prestazioni, le tre regioni hanno messo in atto, sperimentalmente o a regime, assegni di cura che rispecchiano le generali caratteristiche di tali forme di intervento in Italia. Si tratta, infatti, di interventi volti ad incentivare la cura informale e la permanenza a domicilio delle persone anziane non autosufficienti, particolarmente rivolte a coloro che si trovano in condizioni economiche svantaggiate.

Ciononostante le misure adottate nei tre contesti differiscono notevolmente quanto a importanza del sostegno fornito e soprattutto relativamente alla selezione dei beneficiari. Nel caso del Veneto, a differenza delle altre due regioni, non siamo in presenza di interventi rivolti esclusivamente agli anziani, ma a coloro che necessitano di supporto socioassistenziale o

sociosanitario, a prescindere dall'età. Le condizioni economiche per l'accesso alle misure sono molto più restrittive nella sperimentazione lombarda ed in Veneto rispetto all'Emilia-Romagna, dove i limiti di reddito sono più elevati<sup>39</sup>: l'entità dell'erogazione a favore del singolo utente è decisamente più generosa nell'ambito della sperimentazione lombarda, dove tuttavia i criteri di selezione sono più restrittivi e dove la platea dei beneficiari è più ristretta.

Infine nel caso del Veneto, si è in presenza di una nuova misura specifica volta ad incentivare il mercato regolare della cura, assente al livello regionale negli altri due contesti<sup>40</sup>.

Ciò che distingue nettamente la sperimentazione lombarda del buono sociosanitario dalle esperienze sia veneta, sia emiliano-romagnola è il grado di inserimento di un metro di misura nella rete nel sistema dei servizi territoriali. Sia in Veneto che in Emilia-Romagna, pur con modalità differenti, l'assegno di cura è una misura integrata nel sistema dei servizi. Sotto il profilo della valutazione dei bisogni, l'accesso al beneficio è regolato dai medesimi soggetti istituzionali che valutano l'accesso ai servizi sociosanitari più in generale, che predispongono un piano di intervento di cui l'erogazione monetaria fa parte. Anche se nel Veneto ed in Emilia-Romagna i contributi erogati possano essere spesi liberamente dai percettori, il caregiver e l'anziano, avviano con l'accesso all'assegno un rapporto con il sistema dei servizi che, almeno formalmente, è responsabile di monitorare l'evolversi della situazione. Tale differenza rispecchia una divergenza fondamentale nelle politiche regionali di accesso ai servizi che vede Lombardia da un lato e Veneto ed Emilia-Romagna dall'altro. Mentre in queste ultime due regioni sono previste, per l'accesso alla rete dei servizi, procedure di valutazione dei bisogni e di definizione dei piani di intervento UVG, ciò non avviene in Lombardia, dove l'accesso alle strutture residenziali è lasciato alla discrezionalità delle singole Rsa, mentre per quanto riguarda l'accesso agli altri servizi, la situazione varia considerevolmente da un'area territoriale all'altra.

Le scelte di politica sociale a favore degli anziani si sono, pertanto, compiute non soltanto attraverso gli strumenti formali rappresentati dalle norme regionali in materia, ma anche per mezzo di strumenti di rego-

<sup>39</sup> per un'analisi più dettagliata vedi: Da Roit (2003)

<sup>40</sup> Sono presenti, invece, sia in Lombardia che in Emilia-Romagna esperienze locali in tal senso.

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

lazione del settore socioassistenziale e sanitario in senso lato. La programmazione di breve e di medio periodo, le differenze organizzative e di risorse pubbliche messe a disposizione, la definizione di criteri differenziati per l'accesso alle prestazioni ed ai servizi sociali rappresentano gli elementi per la costruzione di diverse modalità di supporto per le persone anziane ed i loro familiari nei tre contesti analizzati.

## BIBLIOGRAFIA

- Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), (2002), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Cergas-Egea
- Ascoli U., Pavolini E., (2001), "Le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna", Torino, in AA.VV. *Le politiche sociali in Emilia-Romagna. Primo rapporto*, Torino, Rosenberg & Sellier
- Barbagli M. (a cura di), (1998), *Famiglie e politiche sociali in Emilia-Romagna*, Comune di Bologna
- Da Roit B., (2001), *Politiche pubbliche per l'assistenza. Attori, orientamenti e risorse: i mutamenti in Lombardia*, Milano, Angeli
- Da Roit B., (2003), "Politiche socioassistenziali per gli anziani. Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto: tre casi a confronto", in Facchini C. (a cura di), *Anziani e rete di servizi. I: il mutamento demografico, le politiche, la legislazione*, Provincia di Milano, università degli Studi di Milano-Bicocca, pp.85-116
- De Martin G., (2002), "Implicazioni generali della riforma del titolo V della Costituzione e prospettive per le politiche sociali", *Oggidomani anziani*, n. 4, p. 13
- Facchini C. (a cura di), 2001, *Anziani, pluralità e mutamenti. Condizioni sociali e demografiche, pensioni, salute e servizi in Lombardia*, Milano, Angeli
- Fargion V., 1997, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino
- Ferrario P., 2001, *Politica dei servizi sociali*, Roma, Carocci
- Formez, 2002a, "L'attuazione della riforma del Welfare Locale – Rapporto di ricerca", Roma
- Formez, 2002b, "L'attuazione della riforma del Welfare Locale – Monografie Regionali", Roma
- Gori C., (2001), "Gli assegni di cura: una rivoluzione silenziosa del welfare italiano", in Ranci C. (a cura di), *I mercati sociali dei servizi alla persona*, Roma, Carocci
- Gori C., Pasquinelli S., (2001), "Il buono socioassistenziale nella rete dei servizi territoriali", in Gori C. (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Milano, Angeli
- Labos, 1994, *Regioni e politiche socioassistenziali. Quinto rapporto*, Roma, Ter
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Affari sociali, 1998, *Anziani. Relazione biennale al parlamento sulla condizione degli anziani 1996-1997*, Roma
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Affari sociali, 2000, *Anziani. Relazione biennale al parlamento sulla condizione degli anziani 1998-1999*, Roma
- Regione Emilia-Romagna, 2001, *Relazione sull'applicazione della deliberazione della giunta regionale n.1377 del 26/7/1999: assegno di cura. Anno 2000*, Bologna, Regione Emilia-Romagna. Direzione generale sanità e politiche sociali
- Regione Lombardia, 1998a, *I centri diurni integrati in Lombardia*, Milano, Regione Lombardia. Direzione Generale interventi sociali
- Regione Lombardia, 1998b, *Le residenze sanitarie assistenziali in Lombardia*, Milano, Regione Lombardia. Direzione Generale interventi sociali
- Regione Veneto, 1992, *Istruzioni per la compilazione delle domande per ottenere le provvidenze a favore delle persone anziane non autosufficienti assistite a domicilio [LR 6.9.91, n.28; Regolamento regionale 27.12.91 n.9]*, Venezia, Regione Veneto. Assessorato ai Servizi sociali
- Regione Veneto, 2000, *Relazione socioassistenziale 1998-1999*, Venezia, Regione Veneto. Assessorato alla Sanità

## Quale ruolo dirigenziale possibile nelle strutture socio-sanitarie?

**Adriana Belotti**

*Direzione infermieristica, Fondazione S. Maria Ausiliatrice, Bergamo*

**I**l presente lavoro vuole identificare alcuni spunti di riflessione sul ruolo di coordinamento/dirigenza che la professione infermieristica deve svolgere all'interno dei servizi socio-sanitari. Si auspica che le riflessioni presentate siano motivo di discussione.

### **P**REMESSA

Da alcuni anni a questa parte, la Società italiana nel suo complesso ed il Sistema sanitario e Socio sanitario in particolare, stanno radicalmente mutando; è chiaramente sostenibile che i cambiamenti in atto sono legati a criteri di economicità, di appropriatezza delle prestazioni, di efficacia e di efficienza.

Secondo il Legislatore italiano, l'introduzione di logiche aziendali (intese come lo sviluppo di tensioni competitive e di mercato in grado di produrre l'innescamento di meccanismi di recupero di efficienza, soddisfazione degli utenti e efficacia negli outcome), è risultato il fulcro su cui basare tutto il processo di riforma.

Se la strategia sopra citata non può che trovare condivisione da parte di tutti gli attori coinvolti nei processi assistenziali, essa non può essere considerata il demiurgo della assistenza sociale e sanitaria.

Non è sufficiente introdurre concetti di aziendalizzazione e indurre l'utilizzo di strumenti e metodologie di tipo privatistico, così come non basta definire "azienda" un A.S.L., un Ospedale o una R.S.A., per sviluppare una cultura gestionale inesistente fino ad oggi o comunque poco orientata ad una dimensione di "azienda".

Appare quindi indispensabile, per avviare concretamente il processo di riforma, promuovere un "adeguamento" delle professionalità di coloro che operano

nelle aziende socio-sanitarie, ma soprattutto dei ruoli preposti al coordinamento/dirigenza (dirigente); "adeguamento" finalizzato al raggiungimento di competenze gestionali in grado di mantenere l'azienda competitiva sul mercato e soddisfare le esigenze del cittadino. Se la dirigenza deve assumere un ruolo assistenziale, nel processo di cambiamento, è necessario innanzitutto ricercare ed analizzare le caratteristiche, le capacità e le competenze, che ogni ruolo dirigenziale deve possedere al fine di porre in essere la funzione a cui è preposto.

Obiettivo del presente lavoro è quello di indagare il contributo e le competenze richieste alla dirigenza infermieristica nel processo di cambiamento in atto. A conclusione di questa premessa e a sostegno di ciò che in essa si è affermato si riporta una citazione di Elio Borgonovi, tratta dall'introduzione al testo Amministrazione pubblica e cittadino: le relazioni di scambio a cura di Giogo Fiorentini:

"le modificazioni di sistemi sociali non si realizzano solo perché se ne avverte la necessità o perché sono auspicabili. Esse si realizzano attraverso le modificazioni del comportamento di persone che di tali sistemi sociali sono parte essenziale, costituendone l'elemento "soggettivo" che muove tutti gli altri elementi "oggettivi".

### **L**A FUNZIONE DIRIGENZIALE

Prima di analizzare le competenze, le caratteristiche e le capacità che la dirigenza deve possedere si ritiene utile soffermarsi su alcune definizioni di dirigente. La sorte di ogni impresa è sempre legata fondamentalmente alle qualità dei dirigenti. Questi improntano di

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

sé l'azienda, ne foggiano il complesso umano, e, a secondo del loro valore, potenziano le forze e i talenti degli uomini che essi dirigono, o sciupano le une e gli altri. Il dirigente non deve essere inteso come il demiurgo della società moderna, capace di risolvere tutti i suoi problemi, ma deve essere inteso come colui che è responsabile del razionale funzionamento delle organizzazioni complesse (Borgonovi).

Il dirigente deve possedere doti di manager e di leader. Il manager infatti gestisce, amministra, conduce, ha la responsabilità di qualche cosa; il leader influenza, orienta, dirige il corso, l'opinione. Il dirigente è colui che lo sa fare e che riesce a dimostrarlo con i fatti (Borgonovi).

Dalle definizioni sopra riportate, si possono estrapolare con sufficiente chiarezza quali competenze un dirigente deve acquisire, possedere e potenziare per poter effettivamente svolgere la sua funzione nell'ambito lavorativo. Ma da quando si parla di dirigenza? I problemi della gestione, del comando, dell'ottenimento di risultati attraverso il lavoro di più persone sono stati affrontati fin dall'antichità. Lo attesta con chiarezza il seguente brano dell'Antico testamento: Il giorno dopo Mosè cominciò ad esaminare in giudizio le questioni del popolo. Dal mattino alla sera c'era gente con Lui. Quando letro vide tutto quello che Mosè aveva da fare per il popolo gli disse: "perché fai così?"

Mosè rispose al suocero: "il popolo mi cerca per conoscere la volontà di Dio. Quando c'è qualche cosa tra di loro, vengono da me, io esamino i loro problemi e faccio conoscere le leggi e gli insegnamenti di Dio".

Suo suocero riprese: "non va bene fare così! Tu e la gente finirete per crollare! È compito troppo pesante per te; non puoi farcela da solo! Ascolta, voglio darti un consiglio e Dio sia con te! Sta davanti a Dio in nome del popolo per presentargli i vari problemi. Spiegherai alle genti le leggi e gli insegnamenti di Dio; indicherai a loro le vie da seguire e quel che devono fare. Per il resto sceglierai tra tutto il popolo uomini seri, rispettosi di Dio, uomini che amano la verità e non si lasciano corrompere. Li porrai come responsabili di gruppi di mille, di cento, di cinquanta, e di dieci. Essi dovranno risolvere le questioni del popolo in ogni circostanza. Presenteranno a te soltanto le questioni importanti; le altre, le regoleranno da soli. Così il tuo compito sarà meno pesante perché essi lo porteranno con te. Se tu fai così e questa è la volontà del signore, potrai resistere, e anche tutta questa gente andrà avanti sicura. Mosè diede retta al suocero e fece quel che gli aveva

suggerito. (Esodo, 18, 13-24)

Dal tempo di Mosè, molti studiosi si sono preoccupati di soffermarsi e riflettere sulla funzione dirigente. Alcune considerazioni, se pure indirette, su questa funzione, si trovano già negli studi di Taylor sulla organizzazione scientifica del lavoro. Successivamente, altri contributi vengono apportati da altri studiosi (Weber, Crozier, Urwick, Druker e Mintzberg). Nel descrivere la funzione dirigente, vengono tenuti in particolare considerazione i contributi offerti da Mintzberg il quale, utilizzando un approccio induttivo, si è preoccupato di evidenziare, attraverso una ricerca puntuale e dettagliata, le caratteristiche e le competenze della funzione dirigente (Mintzberg, 1980).

Mintzberg utilizza aggettivi quali, "varia, frammentata, dinamica e intensa", per descrivere la attività di un dirigente. Il dirigente dovendo, nel quotidiano, risolvere più problemi contemporaneamente, lavora moltissimo e in modo stressante. Le attività importanti vengono spesso interrotte da richieste routinarie causando un non sufficiente approfondimento dei contenuti. Essendo, l'attività dell'agire, molto elevata, il dirigente spesso non ha la possibilità di ritagliarsi spazi di riflessione dall'operatività, per cui il pianificare e l'azione sono strettamente connessi e sovrapposti. Al fine di gestire questa dinamicità operativa, il dirigente utilizza e intensifica continuamente le relazioni con le varie componenti aziendali, sviluppando e potenziando il ruolo della comunicazione verbale.

Sempre secondo Mintzberg, il dirigente riveste in modo e misura diversificati dieci ruoli suddivisi in tre sottoinsiemi:

Ruoli interpersonali

Ruoli informativi

Ruoli decisionali

I ruoli interpersonali, finalizzati a stabilire una rete di relazioni, si esplicano attraverso le attività di:

rappresentanza; il dirigente, infatti, rappresenta con il contesto la sua unità operativa o il suo sistema;

collegamento con l'ambiente; è proprio attraverso questo ruolo che si attuano le relazioni con le varie componenti dell'ambiente;

capo; infatti il dirigente, in quanto tale, ha la responsabilità di coordinare i collaboratori con i quali intesse delle relazioni finalizzate a motivare, formare e valutare.

I ruoli informativi, attraverso il sistema di relazioni

costruito, il dirigente può porre in essere attività di:  
raccolta di informazioni, sia interne che esterne all'unità operativa, attraverso canali organizzativi ufficiali o contatti personali, atte a consentirgli la conoscenza del sistema che dirige;  
diffusione all'interno della sua realtà operativa delle informazioni raccolte, al fine di agevolare tutti i processi;  
ufficializzazione dati e di informazioni riguardanti le attività svolte all'interno del proprio contesto operativo.

I ruoli decisionali, l'aver acquisito conoscenze sia in ambiente esterno che interno all'Unità Operativa, permette al dirigente di avere un importante ruolo:  
In qualità di attivatore del cambiamento; ha infatti la possibilità di motivare, sostenere, condurre la risorsa umana nel processo di cambiamento e di adattamento all'evolversi del contesto di riferimento;  
In qualità di difensore del sistema; perché può "filtrare" le influenze negative dell'ambiente esterno che potrebbero ritardare o impedire lo svolgersi dei processi di produzione;  
In qualità di allocatore di risorse;  
In qualità di negoziatore tra la propria Unità Operativa e le diverse parti dell'organizzazione.

Se il nucleo operativo rappresenta il cuore di ogni organizzazione, cioè la parte produttiva, la componente direzionale risulta essere elemento complementare e indispensabile per il governo dell'organizzazione stessa.

Governare oggi un'azienda inserita in un contesto altamente instabile, caratterizzato da continui e rapidi progressi della scienza e della tecnologia che inducono modificazioni continue nei processi produttivi, nelle strutture organizzative e nei sistemi decisionali, richiede una dirigenza con forti competenze in ambito organizzativo e di gestione delle risorse umane, intese come capacità di gestire risorse finanziarie e tecnologiche e di sviluppare potenzialità, favorendo l'integrazione fra varie figure professionali.

### **IL DIRIGENTE DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE**

Ricoprire un ruolo dirigenziale all'interno di una struttura socio-sanitaria, comporta l'assunzione e il riconoscimento di alcuni vincoli e peculiarità che lo diversifi-

cano dal ruolo di dirigente di una qualsiasi azienda.

La prima differenziazione è implicita nella natura stessa dell'ente socio-sanitario. Mentre in una impresa il dirigente è in grado di abbandonare o minimizzare processi produttivi non particolarmente redditizi a favore di altri settori richiesti dal mercato, il dirigente di una azienda socio-sanitaria deve in qualche modo rispondere ai bisogni della collettività e mettere in atto anche processi produttivi non particolarmente redditizi, purché necessari al bene collettivo.

Il dirigente di strutture socio-sanitarie, fino ad oggi, ha perseguito obiettivi definiti da organismi istituzionali spesso lontani dalle realtà aziendali. Ciò ha impedito una reale e completa assunzione di responsabilità nel raggiungimento di risultati in termini di economicità e ha favorito, spesso, il perseguimento di interessi personali o di categoria.

La mancanza di cultura "aziendale" in strutture socio-sanitarie ha contribuito allo sviluppo di una organizzazione di tipo settoriale tra personale sanitario e personale amministrativo, e all'interno del comparto sanitario tra medici, infermieri, tecnici. Questa forte settorializzazione rallenta il processo di aziendalizzazione, inteso come un sistema integrato di operazioni svolte in modo coordinato: il dirigente socio-sanitario deve definire strategie di intervento con il consenso e la condivisione degli obiettivi all'interno delle varie categorie professionali.

Altra differenziazione è che il dirigente socio-sanitario deve continuamente confrontarsi con la forte burocratizzazione del sistema. Questi intoppi di tipo burocratico-formale rallentano la gestione razionale dell'azienda, che per essere gestita in termini di efficienza ed efficacia presuppone anche una forte autonomia della dirigenza.

Le problematiche che abbiamo finora evidenziato fanno sì che non sia possibile assimilare la performance richiesta ad un dirigente d'impresa con quella richiesta a un dirigente socio-sanitario. Ciò ci porta ad affermare che, pur essendo necessario introdurre e diffondere modelli di management anche a livelli operativi socio-sanitari, è indispensabile creare modelli di riferimento specifici per esso.

Il dirigente socio-sanitario, oltre a direzione e gestione, deve conoscere i vincoli e i limiti del contesto in cui è chiamato ad operare. Questo per poter efficacemente porre metodiche e tecniche gestionali che per filosofia e struttura siano compatibili con l'ambiente da dirigere.

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

### LA FORMAZIONE DELLA DIRIGENZA

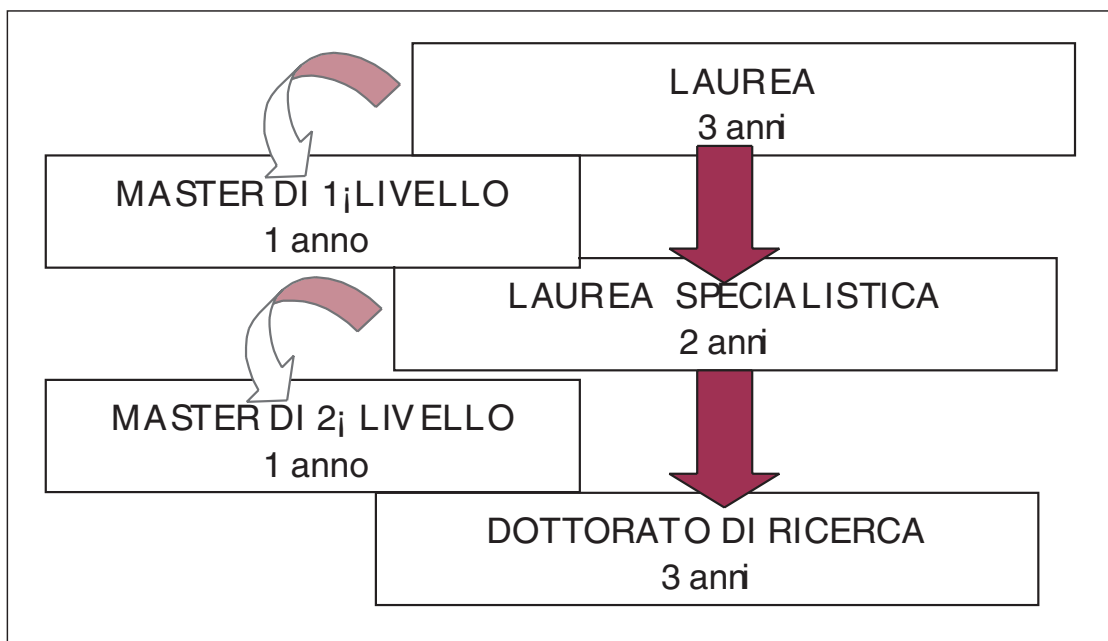
Nella realtà italiana, la formazione manageriale di dirigenti appartenenti alle professioni infermieristiche trovava realizzazione nei corsi per abilitati a funzioni direttive o nelle scuole dirette a fini speciali.

Anche per l'esercizio professionale era indispensabile possedere tali "titoli di studio" per esercitare la funzione dirigenziale. Dall'anno 1994 si sono esauriti i percorsi formativi per funzioni direttive e viene perlomeno messa in discussione l'"obbligatorietà" di possedere tale titolo per svolgere, nell'esercizio professionale, la funzione dirigente. Questo porta negli anni molte strutture sia sanitarie, sia socio-assistenziali a identificare il ruolo di infermiere coordinatore.

Questo ruolo si trova inserito in contesti dinamici, incerti, in continua modifica ed evoluzione, ruoli pressati da un lato da esigenze di efficacia, efficienza ed economicità ritenuti indispensabili dai vertici aziendali e dall'altro da esigenze sociali, personali, di categoria degli utenti (clienti, familiari, ...) e degli operatori. A fronte di questa "turbolenza" del contesto non si può rispondere esclusivamente con le "buone intenzioni" della persona che si assume la funzione di dirigenza. Non può essere che un buon infermiere diventi improvvisamente e dal nulla il buon dirigente; è necessaria una formazione specifica.

La risposta voluta dalla professione viene descritta in tabella I:

Tabella I - Gli atenei del futuro



(da l'Infermiere, n. 3, giugno 2000)

L'infermiere che desidera approfondire le proprie conoscenze in management può frequentare un master di 1° livello post laurea promosso ormai da molte università Italiane e proseguire poi fino al dottorato di ricerca.

### IL RUOLO DIRIGENZIALE

Il dirigente, secondo la dottrina economico-aziendale, esplica la sua funzione integrando le conoscenze, gli atti, i comportamenti di più professionisti verso il rag-

raggiungimento di fini comuni (mission aziendale). Se la mission di una azienda socio-sanitaria è rispondere ai bisogni di salute espressi dalla propria utenza, il dirigente infermieristico dovrà partecipare, per la parte di propria competenza, al raggiungimento di questo obiettivo.

Conoscere e condividere le strategie aziendali e permettere il raggiungimento dei fini comuni attraverso il coinvolgimento dei vari gruppi professionali, diviene per il dirigente infermieristico, momento centrale del proprio agire professionale. Ciò è attuabile attraverso la realizzazione delle seguenti fasi:

pianificazione;  
organizzazione;  
programmazione e controllo;  
valutazione.

1) La fase di pianificazione, definita come l'insieme di variabili, legate da relazioni di interdipendenza, che caratterizzano i processi di formulazione delle strategie d'impresa in termini di finalità, di politiche e di combinazioni produttive, riveste notevole importanza in quanto detta le linee guida per lo svolgimento di tutti i processi successivi.

Per il dirigente infermiere, definire quale politica del personale adottare, quali modelli organizzativi porre in essere per rispondere adeguatamente alle reali necessità sia dell'utenza esterna sia di quella interna, quale politica di ricerca sviluppare, permette di contribuire a rispondere ai fabbisogni organizzativi di:

multidimensionalità (capacità di considerare adeguatamente tutte le variabili ambientali e inerenti i processi produttivi, nelle loro diverse dimensioni, secondo adeguati criteri di priorità);

di differenziazione (capacità di realizzare condizioni organizzative diversificate in funzione delle caratteristiche delle singole unità organizzative);

di integrazione (capacità di creare coerenza nei comportamenti delle varie parti dell'organizzazione che debbono fare riferimento ad un unico quadro strategico);

di anticipazione (capacità di adottare condizioni organizzative orientate all'individuazione dei cambiamenti del contesto di riferimento e in grado di soddisfare le nuove necessità da essi richieste);

di identità (capacità di far sì che gli individui conoscano e possano dominare il proprio ambito lavorativo e in esso possano utilizzare al meglio le proprie capacità nel rispetto dei propri valori);

di stabilità (capacità di fornire alle persone inserite nel

contesto operativo le condizioni per far fronte adeguatamente al dinamismo del contesto di riferimento); di sviluppo (capacità di creare congruenza tra lo sviluppo della persona e le condizioni organizzative presenti nell'organizzazione).

2) La fase di organizzazione consta nel definire le risorse umane, tecnologiche, finanziarie necessarie per ottenere i risultati prefissati. La definizione delle risorse va intesa sia in termini quantitativi (numero, tempo dedicato) che qualitativi (tipologie, ruoli), sia nella loro allocazione nelle diverse realtà operative.

Per organizzare è necessario possedere conoscenze chiare sulle variabili istituzionali, sulle variabili di contesto (variabili organizzative, sociali, individuali, tecniche, istituzionali), sui comportamenti organizzativi che le persone possono adottare e quindi sulle diverse tipologie di risultati che si possono ottenere, non perdendo mai di vista le finalità aziendali.

Solo avendo una visione globale di tutte queste variabili, il dirigente sarà in grado di porre in essere tutti quei meccanismi atti a governare i processi di cui è responsabile.

3) La fase di programmazione e controllo può essere considerata come l'anello di congiunzione tra la fase di pianificazione e quella di valutazione dei risultati.

Secondo Dermer il processo di programmazione e controllo si svolge in due fasi (cicli); la prima fase individua i progetti, ne valuta risorse, obiettivi, risultati e li seleziona secondo priorità; la seconda fase traduce i progetti in responsabilità a livello dei singoli organi aziendali (Airoldi, 1980).

Per il dirigente diviene quindi indispensabile, oltre che occuparsi della stesura dei programmi, far sì che tutti gli attori coinvolti nella loro realizzazione abbiano ben chiari quali siano gli obiettivi da raggiungere, obiettivi possibilmente espressi in termini misurabili, che permettano una valutazione del loro grado di raggiungimento.

4) Non è sufficiente che un dirigente sia in grado, oggi, di produrre programmi; egli deve anche essere in grado di fare una valutazione in termini di costo-beneficio. L'aver chiaro quanto incide in termini di costo la realizzazione di un programma, unitamente ai benefici realizzabili dal suo implementamento, può sicuramente essere un aiuto essenziale per la dirigenza.

Un altro processo utilizzabile dal dirigente per rendere più efficace la adozione di programmi è l'introduzione del processo di budgeting. Questo processo rappresenta un momento distinto e successivo rispet-

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

to al processo di programmazione. Esso dovrebbe definire l'ammontare esatto delle risorse da destinarsi ad ogni singolo programma e gli ambiti di responsabilità nell'uso delle risorse e nel raggiungimento degli obiettivi. Se per il dirigente delle professioni sanitarie la gestione della risorsa umana risulta essere l'attività preponderante dell'agire professionale, egli per poter adeguatamente gestire il processo di budgeting dovrà avere a disposizione:

indicatori sullo stato generale della popolazione residente nell'ambito del proprio contesto operativo, al fine di conoscere le reali necessità di salute e quindi di progettare modalità organizzative e processi produttivi adeguati per soddisfare la domanda espressa;

indicatori di attività della struttura socio-sanitaria, al fine di descrivere l'impegno delle singole realtà operative e del personale sanitario nell'attuare i processi finalizzati a produrre servizi e prestazioni sanitarie.

Il dirigente ricercherà quindi indicatori descrittivi dell'impegno orario e della tipologia di impegno per categorie di operatori; indicatori descrittivi della onerosità dei casi trattati nelle singole realtà operative; indicatori descrittivi dell'andamento complessivo dei flussi di accesso e di dimissioni del personale, dei giorni di assenza per congedi o malattie, dell'ammontare delle ore straordinarie, e di quant'altro possa permettere di descrivere, seppure in modo non analitico, l'impegno degli operatori.

Successivamente il dirigente dovrà verificare che gli obiettivi definiti siano compatibili con la normativa vigente, con le reali dotazioni di personale e che vi sia sinergia tra i vari obiettivi definiti all'interno delle unità organizzative.

Infine la sua attività sarà volta ad una attenta sorveglianza degli indicatori che descrivono l'attività delle singole realtà al fine di monitorare l'andamento rispetto ai risultati attesi. Dall'osservazione attenta di questi dati il dirigente potrà, qualora si creino situazioni particolari, rivedere gli obiettivi e riallocare le risorse.

A progetto realizzato, il dirigente dovrà valutare non solo il grado di raggiungimento degli obiettivi, ma anche l'adeguatezza degli indicatori scelti. Questa fase inoltre deve essere considerata come momento di discussione per definire ulteriori obiettivi e progetti e quindi per stabilire il nuovo budget da assegnare.

La fase di controllo in una azienda socio-sanitaria, nella quale è assente l'indicatore sintetico del reddito, pone alcune difficoltà ai dirigenti. Una possibile soluzione consiste nell'adozione di più indicatori. Si adot-

teranno quindi indicatori di risultato (grado di raggiungimento degli obiettivi), di processo (grado di efficienza), di produttività (grado di rendimento) e di efficacia sociale.

L'ultima fase è quella di valutazione.

In questa fase si andranno a valutare i rapporti tra gli obiettivi prefissati e i risultati ottenuti, l'adeguatezza dei processi adottati, l'utilizzo razionale delle risorse, l'idoneità degli strumenti utilizzati.

Negli ambiti degli studi di management i sistemi di valutazione dei risultati sono un tema molto interessante e stimolante. Essi prevedono che siano chiari ed espliciti gli obiettivi, che siano definiti i termini di confronto utilizzati (risultati / obiettivi), che siano coerenti la gamma ed i caratteri dei contributi assunti come basi di valutazione (natura delle basi, i soggetti di riferimento, la gamma delle basi, la specificità e la flessibilità delle basi, i tempi di riferimento, i livelli di difficoltà degli obiettivi), che sia previsto un canale di feedback (impersonale o personale), ed infine che siano evidenziate le modalità di gestione del processo di valutazione (ruolo del valutatore, tipo di comunicazione, coinvolgimento nella definizione degli obiettivi).

## CONCLUSIONI

Ci piace chiudere questo lavoro proponendo un brano tratto dall'introduzione al libro "Residenze Sanitarie per Anziani" a cura di Marco Trabucchi (Trabucchi, 2002).

Le recenti riforme che hanno caratterizzato l'area dell'assistenza coinvolgono anche le residenze per anziani. Nei prossimi anni questo settore andrà incontro a radicali cambiamenti, la cui direzione è però ancora largamente incerta. In particolare ci si pone l'interrogativo se con le nuove norme sarà possibile far crescere anche nel nostro paese una classe di manager del sociale in grado di traghettare il settore dalla beneficenza spontaneistica ad un insieme di organizzazioni con una chiara immagine aziendale. Queste dovranno dotarsi di un management in grado di assumere nuove funzioni (o vecchie, ma non percorse in passato), che vanno dal marketing (in alcune aree già oggi iniziano le logiche della concorrenza), al found raising (è proprio vero che la generosità individuale che aveva permesso la nascita di molte istituzioni per cittadini più fragili nei secoli passati è oggi scomparsa?), al governo dei costi (allontanandosi dalla prassi attuale

che trasferisce quasi automaticamente l'evoluzione della spesa sulle tariffe) e delle risorse umane (la tradizionale rigidità nella composizione della forza lavoro ha iniziato a indebolirsi, con indubbi vantaggi per la costruzione del lavoro di equipe, garantendo funzioni che si adattano a bisogni che cambiano). Il processo di aziendalizzazione si potrà sviluppare anche nel sociale, purché le nuove aziende sappiano con chiarezza quale è la loro rinnovata missione e siano in grado di rinforzare la propria strutture tecnica per predisporre un'offerta variegata di servizi, sulla base di un'analisi attenta della domanda. Questo impegno richiede una formazione accurata della nuova classe di responsabili, che sappia confrontarsi con il passato senza cadere nelle logiche della burocrazia immobilista, e sappia costruire il futuro "navigando" in mezzo a mille difficoltà.

### **BIBLIOGRAFIA**

Airoldi G. I sistemi operativi. Giuffrè editore, 1980

Belotti A. Il ruolo del dirigente infermiere nelle aziende sanitarie: autonomia, responsabilità, potere decisionale "il caso regione Lombardia" (tesi di diploma in Health Services Management ), 1996

Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing (2 ed.). McGraw-Hill, 2001

Borgonovi E. (a cura di ) dirigenza in sanità: autonomia senza onnipotenza, articolo pubblicato da Mecosan

Borgonovi E. (a cura di ) I vincoli e le difficoltà gestionali del dirigente nell'ente pubblico, articolo pubblicato da Mecosan

Calamandrei C.,Orlandi C. La dirigenza infermieristica. McGraw-Hill, 1998

L'infermiere, n. 3, giugno 2000 Organo Ufficiale della federazione nazionale Collegi IPAS.VI.

Mintzberg H., La progettazione dell'organizzazione aziendale. Il Mulino, 1985

Trabucchi M. Introduzione. In Trabucchi M. (a cura di ) Residenze sanitarie per anziani. Il Mulino, 2002

Zanda G. La valutazione dei dirigenti. CEDAM Casa Editrice Dott. Antonio Milani, 1984

## Medicazioni atraumatiche e Tecnologia Safetac

### EVITARE IL DOLORE AI CAMBI DI MEDICAZIONE È POSSIBILE

Uno degli obiettivi principali nel trattamento topico di lesioni croniche è quello di minimizzare il trauma della ferita e della cute perilesionale e il dolore per il paziente (1). Questo implica una maggiore attenzione verso l'intero approccio clinico alla ferita e verso la scelta della medicazione, che deve essere fatta in base alle prestazioni della stessa in fase di rimozione. Le medicazioni da utilizzare devono essere "atraumatiche" per la ferita e la cute perilesionale (2). Questo è fondamentale per la cura di tutte le lesioni croniche e soprattutto per il trattamento di pazienti con cute fragile e compromessa, come i pazienti anziani.

Una revisione della letteratura sulle nuove medicazioni (2), ha indicato come atraumatiche alcune medicazioni basate su una moderna tecnologia, "Safetac® tecnologia", che utilizza uno speciale tipo di silicone morbido, purissimo. La tecnologia Safetac® della linea Tendra di Mölnlycke Health Care conferisce alle medicazioni proprietà tali da renderle ideali per il trattamento delle ferite nelle quali il problema dell'aderenza e del trauma alla ferita e alla cute è uno fra gli aspetti principali.

Il silicone Safetac® basato su una tecnologia unica e brevettata conferisce alle medicazioni la *microaderenza selettiva*.

In particolare Mepilex di Mölnlycke Health Care con tecnologia Safetac®:

riduce il rischio di macerazione perché lo strato in

silicone aderisce ai bordi della ferita, spingendo l'esudato a passare verticalmente verso il tampone assorbente impedendo la dispersione orizzontale verso la cute perilesionale.

minimizza i traumi alla ferita in fase di rimozione perché lo strato in silicone mantiene separato il tampone assorbente dalla superficie della ferita, evitando che il tampone si asciughi e si attacchi alla lesione.

minimizza i traumi alla cute perilesionale ed il dolore per il paziente perché il morbido silicone Safetac® ricalca le irregolarità della cute creando un contatto completo ed efficace, definito microaderenza selettiva. Come mostrato nel grafico, a differenza delle medicazioni adesive tradizionali, lo strato in silicone distribuisce la forza di adesione su un'area più ampia. Per questa ragione pur rimanendo invariato il potere adesivo, alla rimozione di una medicazione con microaderenza Safetac® si riduce il trauma alla cute perilesionale e il dolore per il paziente.

Mepilex con tecnologia Safetac® di Mölnlycke Health Care è stato appositamente studiato per la cura di tutte le ferite croniche, in particolare piaghe da decubito e ulcere vascolari.

### BIBLIOGRAFIA

Moffat e al. The European Wound Management Association position document on "Pain at wound dressing changes"

Thomas et al. Atraumatic dressings World Wide Wounds, 2003-gen.

## I tre gradini della questione anziana. Qualche simulazione sulla popolazione a rischio

**Giuseppe A. Micheli**

*Istituto di Studi su Popolazione e Territorio, Università Cattolica, Milano*

### **L'INERZIA DEMOGRAFICA E I TASSI DI CARICO DI CURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

Quando si parla di carico sociale della struttura demografica si fa di norma riferimento a un indice che misura quante persone da 65 anni in su sono a carico di ogni persona in età potenzialmente lavorativa, tra i 15 e i 64 anni. Sappiamo che questo indice, al censimento del 2001, era pari a 1,31 anziani ogni adulto, con differenze territoriali marcate (dai 2,41 anziani della Liguria ai 0,77 della Campania). E sappiamo che si tratta di un rapporto destinato a crescere sensibilmente: già nel 2010 gli anziani saranno 1,46 ogni adulto (un 15% in più in soli dieci anni, e con il consueto ventaglio da 2,54 a 0,90). Ma che senso ha assumere come popolazione 'a carico' quella in età di pensione? E ha davvero senso, specularmente, spalmare il carico della solidarietà sociale su tutti gli adulti tra i 15 e i 65 anni, se non nell'importantissimo ma riduttivo significato di supporto economico? Analizziamo per ordine le due questioni (2004 a).

La curva del tasso di perdita di autonomia funzionale, stimata a partire dal database integrato di quattro studi e descritta in un precedente contributo (Micheli, 2004b) consente alcune simulazioni di scenari futuri. Al 2005 in Italia saranno presenti 11 milioni 335mila cittadini sopra i 65 anni; diventeranno 12 milioni circa nel 2010, 13 milioni e 700mila nel 2020, 16 milioni nel 2030, 18 milioni e spiccioli dal 2040 e fino al 2050: duecentomila anziani in più ogni anno. Applicando la curva dei tassi di non autonomia ai dati italiani dal 2010 al 2040 si ottengono le curve della popolazione

'fragile' (almeno potenzialmente) riportate in fig. 1. Impressiona l'impennarsi del fenomeno: l'età a massima incidenza di fragilità (che si sposta in avanti di 5 anni, da 86 a 91 anni) passa da una numerosità inferiore ai 60mila soggetti nel 2010 a 140mila nel 2040. Il totale delle situazioni di non autonomia dai 65 anni in su passa da un milione nel 2010 a due milioni nel 2040, cioè nell'arco di una sola generazione (tab. 1). Il fatto è che la popolazione anziana in condizioni di non autosufficienza cresce con ritmo assai superiore a quello del complesso della popolazione sopra i 65 anni, poiché la perdita di autosufficienza incide assai più pesantemente sulle classi di età degli *older*, il cui tasso di crescita nei prossimi decenni è più consistente degli altri.

Fermiamo la nostra attenzione sugli ultraottantenni: tra di essi, coloro che presenteranno problemi di non autosufficienza nei prossimi decenni cresceranno di due volte e mezzo nell'arco di 30 anni. Chi si occuperà di loro? Ecco il secondo snodo del coté sociale nelle dinamiche demografiche. Il loro accudimento non è - a tutt'oggi - affidato indistintamente a uomini e donne di ogni età adulta ma va a gravare sulle spalle di *caregiver* donne. Donne che (sistema residenziale assistito e mercato delle badanti a parte) sono generalmente le figlie cinquantenni degli anziani stessi. Se allora costruiamo un indice di carico sociale ad hoc, che possiamo chiamare Indice di cura:  $I_{care} = P_{\geq 80} / PF_{50-59}$ , il problema del carico di cura diventa ancora più forte e percepibile: infatti, se fino al 2020 la popolazione femminile 50-59 delle potenziali *caregiver* sale dalle 3 milioni e 800mila di oggi a circa 4 milioni e 600, a quel

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

**Tabella I** - Dimensione (x000) della popolazione in Italia per anno di proiezione e fasce di età, e relativi indici di cura ( $I_{care>64} = \% \frac{P_{>64NonAut}}{PF_{50-59}}$ ;  $I_{care\geq 80} = \% \frac{P_{\geq 80NonAut}}{PF_{50-59}}$ )

Anno	$P_{>64}$	$P_{\geq 80}$	$P_{>64NonAut}$	$P_{\geq 80NonAut}$	$PF_{50-59}$	$I_{care>64}$	$I_{care\geq 80}$
2005	11335	2886	895	620	3802	23,5	16,3
2010	12065	3471	1029	743	3852	26,7	19,3
2020	13720	4446	1361	1054	4595	29,6	22,9
2030	15979	5376	1698	1344	4225	40,2	31,8
2040	19367	6211	2050	1636	3283	62,4	49,5
2050	17973	7445	2349	1962	3115	75,4	63,0

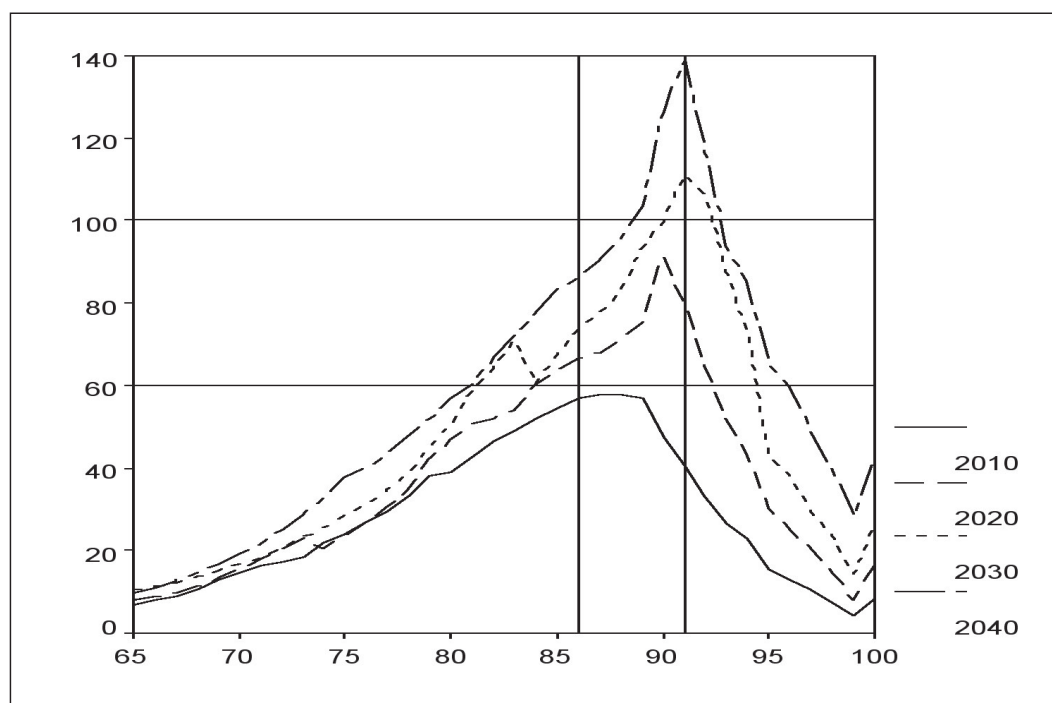
punto si ferma oscillando pericolosamente come sul bordo di un precipizio per un quinquennio, per poi gettarsi in sfrenata discesa fino a tornare poco più di tre milioni nel 2050. Oggi e grossomodo fino al 2010 (tab. I) su 100 donne di 50-60 anni gravano 24 anziani non autosufficienti (uno ogni quattro), di cui 16 sopra gli 80 anni. Ma diventeranno 40 (di cui 30 over 80) nel 2030, e addirittura 75 (di cui 63 over 80) nel 2050<sup>1</sup>. Eccole allora, le nostre bimbe di oggi che bene farebbero a pestare i piedi e strillare, perché il loro futuro di cinquantenni è segnato da un carico di cura insostenibile. Ogni quattro bimbe delle nostre case ci saranno tre anziani da accudire.

### LASCIARSI ANDARE

L'anziano che tutti noi siamo o saremo, è come un equilibrista che volteggia su un filo appeso a grande altezza, muovendosi con delicatezza nel vuoto delle sicurezze fisiche, delle doti economiche, delle relazioni e degli affetti che vengono via via diradandosi. Si ha un bel dire che l'anziano che siamo o che saremo deve restare radicato al proprio spazio sociale di riferimento: quando vengono a mancare troppi puntelli esterni, o cede la volontà di reazione e di radicamento dall'interno, il ricovero si presenta come una rete di salva-

taggio, nascosta ma presente, negata fino all'ultimo ma rassicurante. Ma quanto ampia deve essere questa rete di salvataggio? Domanda assai delicata, perché un errore di valutazione sia in eccesso che in difetto può produrre effetti sgraditi. In difetto, la pressione della domanda di strutture residenziali (RSA) non troverà sfogo, e produrrà situazioni di abbandono di chi ha realmente bisogno. Un eccesso di copertura residenziale, oltre a gravare inutilmente sui bilanci, stimolerà la tentazione di molti (anziani, operatori pubblici, medici di base) a scegliere la scorciatoia della residenza assistita anche là dove è possibile – e doveroso – trattenere una persona nella ragnatela della vita quotidiana. Una recente survey sulla popolazione anziana lombarda (IRer, 2000) sostiene che una disponibilità di circa 50mila posti, "benché squilibrata dal punto di vista della distribuzione territoriale, è sostanzialmente adeguata" oggi, ma "se teniamo conto dell'evoluzione demografica è evidente che nei prossimi anni l'attuale dotazione di posti sarà insufficiente e dovrà essere ulteriormente aumentata". L'armatura residenziale attuale sarebbe adeguata oggi, non adeguata tra cinque o dieci anni. Soprattutto se, come è stato proposto dagli amministratori pubblici, il parametro, da applicare al potenziale demografico per valutare la domanda di ricovero, non è il parametro OMS del 3,5% della popolazione sopra i 65 anni, ma il 7% della popolazio-

<sup>1</sup> Su cento persone non autosufficienti, due terzi sono e saranno donne (se non cambiano i differenziali di perdita di autosufficienza per genere); il rapporto tra carer e assistito è una variante emergente del rapporto di sangue madre-figlia che dà l'impronta al modello mediterraneo di famiglia 'forte' (Micheli, 2003).

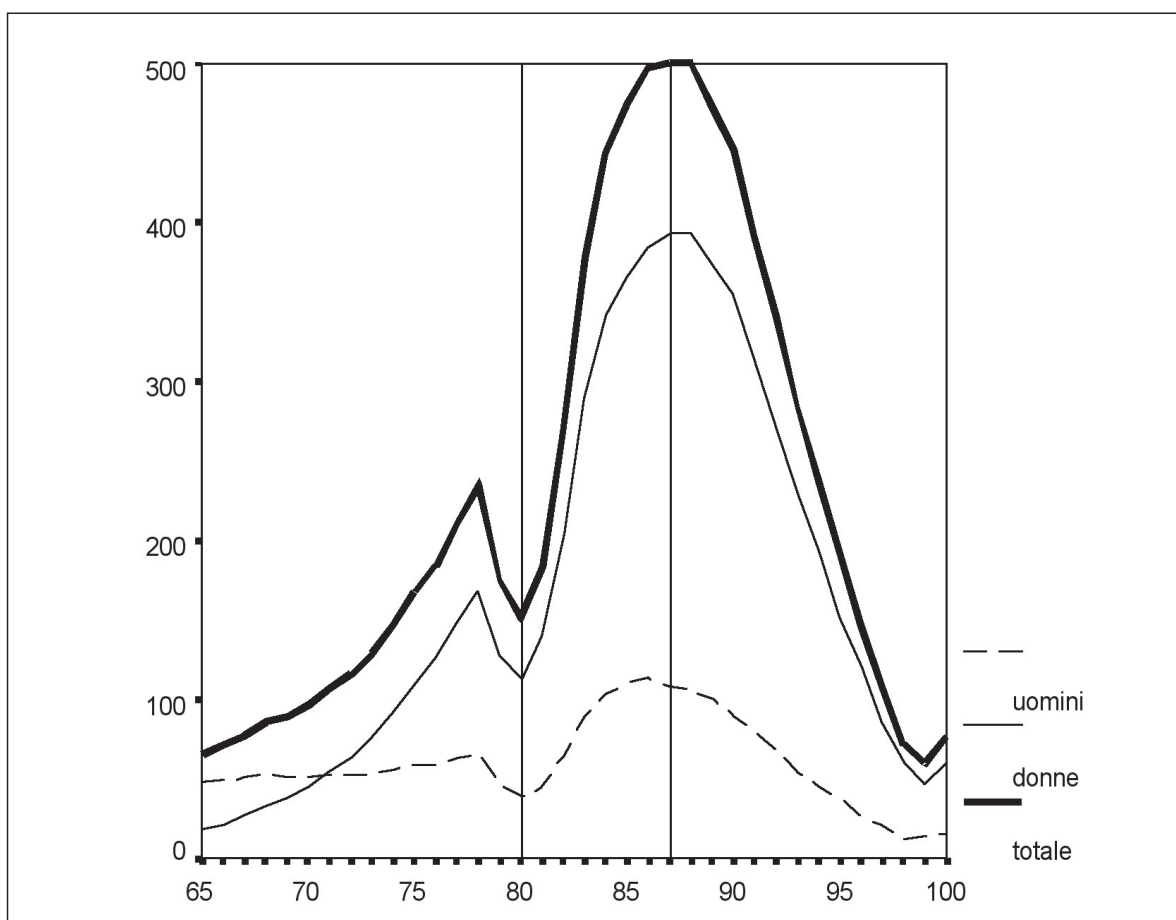


**Figura 1** - Distribuzione per età della popolazione anziana non autosufficiente dal 2010 al 2040. Proiezioni demografiche Istat (ipotesi centrale), tassi di non autosufficienza stimati in Micheli, 2002.

ne da 75 anni in su. Il fatto che questa proposta di cambio di criterio renda più adeguate le attuali risorse, non ci sembra proprio un motivo valido per giustificare la levata di scudi da parte di molti operatori del settore. Al contrario, crediamo che esso vada preso molto, molto sul serio: se infatti il calcolo del fabbisogno di residenze assistite va riferito solo ai più anziani, ne deve infatti conseguire che sotto quella soglia di età occorre riorganizzare l'intera società (la ricettività delle famiglie, certo, ma anche i tempi e gli spazi del vivere in tutte le sue articolazioni, dal lavoro ai servizi, dal care alle relazioni) per impedire l'espulsione incontrollabile di 'giovani anziani' scarsamente autosufficienti, privi di reti di legami di supporto strumentale e affettivi, svuotati senza accorgersene di ogni capacità (plastica) di cambiare continuando a riconoscersi – reattivamente – in se stessi. Ma allora il cambiamento dei criteri contiene (deve contenere) implicitamente un salto qualitativo (e di risorse da investire) nella definizione delle politiche per la popolazione anziana. Non solo residenze sanitarie assistite, non solo erogazioni monetarie in surroga, ma anche interventi per un più adeguato radicamento sociale degli anziani e, in ultima

analisi, di tutti i cittadini. Rifacciamo i conti allora, esplicitando le ipotesi con cui stimare la domanda di risorse residenziali in Lombardia. Applicando al milione e mezzo di over 65 lombardi le curve stimate dei tassi di non autosufficienza almeno parziale per età, si può valutare in centomila circa le persone ultrasessantacinquenni con problemi più o meno consistenti di autonomia funzionale, anche se non istituzionalizzate. Un 'esercito di riserva' che si trasforma generalmente in domanda di ricovero solo in presenza dell'uno o l'altro di due meccanismi: lo svuotamento (fattore oggettivo) della rete dei legami forti, o uno stato d'animo (fattore soggettivo) di forte rassegnazione e propensione alla 'rinuncia a reagire'. Basta una delle due linee di sfondamento del fronte (quella oggettiva o quella soggettiva del vissuto) per produrre il reclinarsi dell'anziano su se stesso. Dei due componenti il secondo (Micheli, 2004a), il desiderio di ricovero, questo importantissimo "lasciapassare" psicologico mostra una sorprendente irregolarità di andamento. Mentre tra le donne il desiderio di andare in casa di riposo cresce con progressione lenta e lineare, tra gli uomini si osserva un andamento a parabola, che produce livelli

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

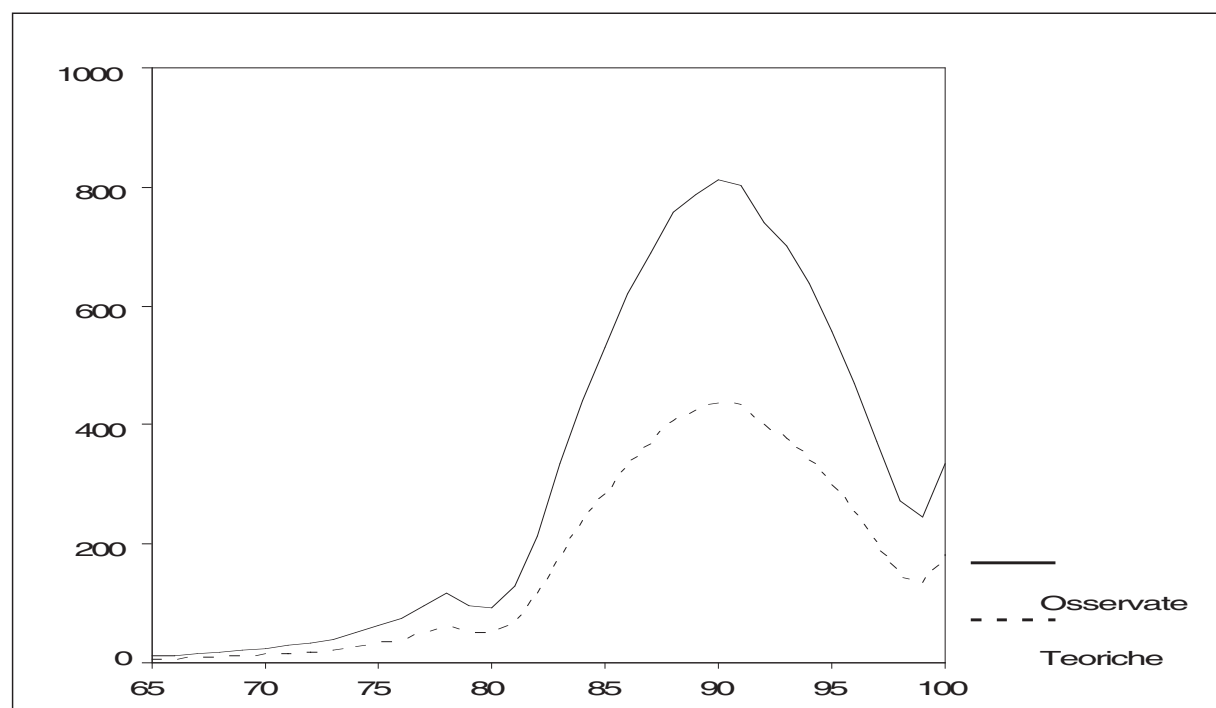


**Figura 2** - Domanda potenziale di RSA (non autonomi con segnali di perdita di plasticità) per genere ed età.

di fuga più elevati dopo i 90 anni ma anche (ecco il punto) tra i meno anziani. Il 3-4% delle persone sotto i 70 anni manifesta una evidente sindrome da abbandono (hopelessness, caduta di self-efficacy). E ciò si riflette con evidenza in una sovrarappresentazione della popolazione sotto i 70 anni (specialmente maschile) che va a formare la domanda potenziale di RSA (fig. 2). I primi dati disponibili del censimento 2001 rivelano che una quota non minuscola di residenti in "ospizi e case di riposo per adulti inabili ed anziani" in Italia ha età inferiore ai 65 anni: l'8-10% al Nord, il 15% circa al Sud.

Complessivamente, l'indagine condotta con quattro nella regione Lombardia, alla fine degli anni '90, porta a stimare in poco più di ottomila posti la domanda annua attuale di ricovero. Ma al censimento del 2001 la popolazione lombarda sopra i 65 anni è cresciuta di

un 6% circa, e un altro 6,5% ci porta alla proiezione Istat al 2005: si arriva così a 9200 posti di fabbisogno: non la domanda complessiva, beninteso, ma l'incidenza di nuovi casi che in un anno maturano. Un modo per capire il grado di congruenza tra nuova domanda stimata e risorse attuali è quello di valutare il turnover effettivo, cioè quanti posti si liberano ogni anno, considerando le uscite esclusivamente per decesso. La media regionale del tasso grezzo di mortalità annuo nelle RSA (recentemente pubblicato in Regione Lombardia, 2001) è del 25,64% dei residenti (tassi di uscita in linea con questo risultano in alcune Asl venete). Applicando il tasso grezzo di mortalità alla popolazione over 65 in RSA lombarde arriviamo a circa diecimila uscite annue. Allo stato dei fatti, dunque, la domanda annua di nuovi posti letto sembra possa essere soddisfatta dal turnover annuo, salvo dramma-



**Figura 3** - Distribuzione dei decessi su 44mila residenti nelle RSA Lombarde al 1998: stime "teoriche" (sulla base della tavola di sopravvivenza Italia 1992) e "osservate" (aumentate dell'85% per rispettare il tasso grezzo di mortalità dichiarato in Regione Lombardia, 2001).

tiche carenze frizionali, localizzate nell'area metropolitana. Ma la tab. I ci riporta ahimé alla ragione: già tra cinque anni l'equilibrio tra domanda e offerta si spezza, e in 30 anni la prima doppiierà la seconda.

Di fronte a una dinamica prepotentemente inerziale come questa non è possibile nascondersi. Due sono le possibili risposte: aumentare a dismisura i posti letto per anziani, asfaltando l'Italia di RSA e facendo definitivamente saltare i magri bilanci dello Stato Sociale, oppure operare un drastico "invecchiamento" della domanda potenziale di ricovero, spostando in avanti la soglia di transizione all'età di una improcrastinabile assistenza protetta e radicando con tutti i mezzi gli anziani ai loro luoghi di quotidiana frequentazione (Micheli, 1987).

### UN LUOGO IN CUI (O A CAUSA DI CUI) MORIRE

C'è ancora qualcosa, nella ricostruzione che abbiamo fatto del fabbisogno di residenze sanitarie assistite per anziani, che non quadra. Se applichiamo ai 44mila isti-

tuzionalizzati nelle RSA lombarde, con età assimilata a quella della domanda stimata (dati forniti in Regione Lombardia, 2001), le tavole italiane di sopravvivenza (1992), il numero complessivo dei decessi così stimato sarebbe poco più di seimila, con un tasso grezzo di mortalità del 13,8%: la metà di quello realmente osservato. Tenuto conto che il dato lombardo trova riscontro in altre realtà del Nord Est, la sovramortalità delle strutture di ricovero sembra una costante, data fino a oggi per scontata.

Si può ritenere ragionevole che la funzione di sopravvivenza per popolazioni istituzionalizzate sia peggiore rispetto a quella dell'intera popolazione lombarda, e ciò per due motivi: a) un effetto selezione, dato che la popolazione ricoverata è tale proprio perché ha mostrato livelli di perdita di autonomia funzionale superiori allo standard per età; b) un effetto, non sappiamo quanto grande, prodotto dal processo di istituzionalizzazione. Per pareggiare i quozienti grezzi di mortalità occorre alzare approssimativamente dell'85% i quozienti di mortalità *age-specific* e di conseguenza le curve dei decessi (tratto continuo). Così

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

facendo il numero complessivo dei decessi stimato è assimilabile a quello osservato. Effetto selezione ed effetto istituzionalizzazione insieme, producono un incremento 'fisiologico' dell'85% nella mortalità sopra i 65 anni.

L'equilibrio, sia pur precario, che abbiamo rilevato tra domanda potenziale e offerta di ricovero in una regione-laboratorio come la Lombardia è consentito dall'agire di alcune condizioni 'fisiologiche' destinate a svanire presto (la temporanea compressione della curva degli anziani, dovuta alla prima Guerra mondiale e alla pandemia influenzale del 1918, che ha fin qui contenuto la domanda di assistenza, e una crescita finora relativamente lenta della popolazione anziana, destinata a esaurirsi già nel corso di questo decennio), ma soprattutto di una condizione questa sì modificabile e da modificare in quanto eticamente inaccettabile. Il mantenimento di un equilibrio tra domanda e offerta di residenze assistite è permesso dalla plusmortalità istituzionale.

Non esistono, studi empirici che scompongano il surplus di mortalità delle istituzioni tra effetto selezione ed effetto istituzione: tanto scarsa è stata sempre l'attenzione a problemi di care in un "intorno della morte" ormai data per inevitabile. Supponiamo allora che di quel +85% di plusmortalità una buona metà si pos-

sa fare risalire all'accentuazione del decadimento fisico e psichico in conseguenza dell'istituzionalizzazione: ecco, basterebbe tenere sotto controllo questa metà di plusmortalità e le "uscite" dal circuito delle residenze crollerebbero a valori già oggi inferiori al livello attuale della domanda, valori quindi inadeguati a fronteggiare la domanda demograficamente montante... Al centro delle politiche per gli anziani non può stare solo l'attivazione di un sufficiente ammontare di unità funzionali attrezzate di assistenza, ma anche un (radi-cale) ripensamento dei luoghi di cura.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

IReR (2000), *Anziani: stato di salute e reti sociali*. Guerini, Milano.

Micheli G.A. (1987), "Un caso di intervento politico per l'anziano: la Lombardia". In AaVv, *L'invecchiamento della popolazione in Italia e nelle società occidentali*, Roma, CNR-Istituto di Ricerche sulla Popolazione, pp. 309-381.

Micheli G.A. (2004a), "Interferire componendo un mosaico", in Idem (a cura di), *I continuanti. Interventi a mosaico in una società che invecchia*. Franco Angeli, Milano.

Micheli G.A. (2004b), "Plasticità e stati d'animo. Sotto la dimensione cognitiva della perdita di autonomia", *Luoghi della cura*, 2, 20-25, 2004. Regione Lombardia (2001), *Le residenze Sanitario Assistenziali in Lombardia*. Unità organizzativa Accreditamento e Qualità, Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale.

## Nutrizione e malnutrizione in RSA

**Anna Crippa**

*Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica - Istituto Geriatrico e Riabilitativo Pio Albergo Trivulzio, Milano*

### INTRODUZIONE

La popolazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) è molto eterogenea: anziani, grandi vecchi, ma anche adulti con perdita di autonomia: soggetti frequentemente affetti da polipatologie e con una riserva d'organo assai variabile in funzione sia dell'età sia delle malattie croniche concomitanti; anziani più o meno "fragili", che di fronte a patologie, anche di lieve entità, perdono il compenso clinico e lo recuperano con difficoltà. Si tratta di una popolazione particolarmente a rischio di sviluppare malnutrizione con eziopatogenesi multifattoriale. Un parametro molto importante nella valutazione della malnutrizione è la perdita di peso, che nell'anziano troviamo associato a molte condizioni (Morley J.E., 1999):

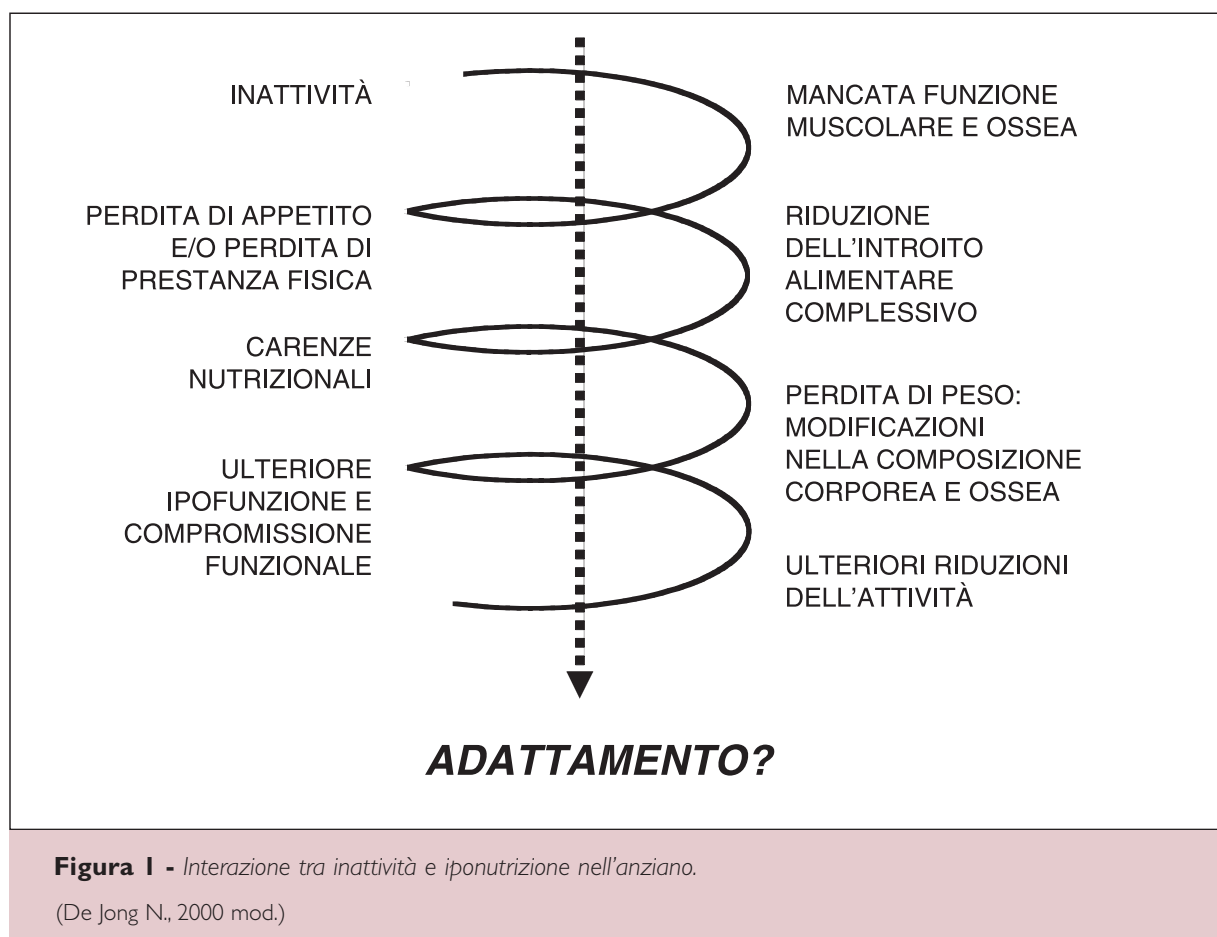
- sociali: povertà, bassa scolarità, solitudine, isolamento sociale, istituzionalizzazione, compromissione funzionale tale da influenzare le attività quotidiane;
- compromissioni neurologiche e psichiche: demenze, parkinsonismi, alterazioni della sfera affettiva e del tono dell'umore, asocialità, alcolismo, anoressia, disturbi del sensorio (ipovisus, disgeusia, iposmia);
- cause mediche: patologie del cavo orale e del tratto gastroenterico, diabete, insufficienza epatica e renale, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cachessia cardiaca, traumi e sindromi d'allettamento, patologie neoplastiche, terapie farmacologiche.

Condizioni che accompagnate da inappetenza e iporexia, ma anche a inattività, la quale a sua volta conduce verso la malnutrizione proteico-energetica cronica con sarcopenia (riduzione della massa muscolare e modificazione della composizione corporea): inattività, mancata funzione muscolare e ossea, perdita di appetito e/o di prestanza fisica, riduzione dell'introito alimentare complessivo, carenze nutrizionali, perdita di peso e modificazioni nella composizione corporea e ossea, ulteriore ipofunzione e compromissione funzio-

nale, ulteriore riduzione dell'attività, malnutrizione proteico-energetica cronica. In questa spirale progressiva, l'organismo sembra trovare una sorta di adattamento (De Jong N., 2000) (Fig. 1). Sotto il profilo metabolico, infatti, l'iponutrizione cronica è paragonabile al digiuno protratto, caratterizzato dall'aumentato utilizzo dei corpi chetonici da parte dei tessuti non strettamente glicolitici e dalla riduzione della spesa energetica basale. La malnutrizione da deplezione cronica, o malnutrizione marasmatica, si caratterizza per un deficit nutrizionale prevalentemente energetico; nel lungo termine, ciò si traduce inevitabilmente anche in un deficit plastico, proteico e di micronutrienti; clinicamente si osserva una deplezione delle riserve adipose e delle masse muscolari (tipicamente a livello dei muscoli interossei del metacarpo, del deltoide e del quadricipite femorale nelle forme più gravi), mentre le proteine circolanti si mantengono entro i limiti della norma, quando la sintesi non sia condizionata da dismetabolismi o stati infiammatori. In condizioni di stabilità clinica, l'anziano con malnutrizione cronica e sarcopenia "sta bene", ma in corso di acuzie la perdita della capacità omeostatica si traduce in incapacità di adattamento alle aumentate richieste metaboliche con maggiori complicanze, morbilità e mortalità.

### MALNUTRIZIONE E SUE COMPLICANZE

I meccanismi principali attraverso i quali la malnutrizione proteico-energetica condiziona la prognosi sono la perdita del patrimonio proteico e la perdita dell'immunocompetenza; da un lato, la condizione di deplezione cronica con perdita del patrimonio proteico rende assai difficile la risposta alle aumentate richieste metaboliche dettate dallo stress (aumento della spesa energetica e del catabolismo proteico), dall'altro, alle alterazioni dei meccanismi di difesa dell'ospite (mec-



canismi specifici, aspecifici e barriere fisiche) conseguono infezioni più gravi e di più lunga durata. È ampiamente descritto nella letteratura scientifica internazionale che la malnutrizione porta a prolungamento dei ricoveri nei pazienti ospedalizzati, prolungamento della riabilitazione, riduzione della qualità della vita e costi non necessari per la cura della salute.

In considerazione, inoltre, dell'allungarsi della vita media e del conseguente incremento del numero di soggetti bisognosi di interventi sanitari a vari livelli, la valutazione della malnutrizione nell'anziano è ancora più rilevante. L'Italia è il primo Paese al mondo come numero di anziani, con una prevalenza di ultrasessantacinquenni del 18,4% nel 2001 (Colis J.P., 2003) e di questi oltre la metà sono ultrasettantacinquenni (<http://www.oecd.org>); le valutazioni demografiche sono incerte, ma secondo l'OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, è verosimile che l'attuale rapporto anziani/adulti raddoppierà verso la metà del secolo (Colis J.P., 2003).

## STUDIO SULLO STATO NUTRIZIONALE IN UN ISTITUTO GERIATRICO IN MILANO

In un nostro studio epidemiologico (Crippa A., 1998) abbiamo valutato 212 anziani con età media 82,7 anni (range 65-999, 73 maschi e 139 femmine, ricoverati presso il nostro istituto, il 75% in RSA e il restante 25% in reparti di lungodegenza riabilitativa, con una durata di ricovero molto variabile, in media superiore ai due anni; il 63% era affetto da polipatologia, l'85% era compromesso dal punto di vista neurologico, soprattutto per esiti di ictus e sindromi demenziali, e in gran parte erano soggetti non autosufficienti (Tab. 1). Lo stato nutrizionale venne valutato attraverso misurazioni antropometriche e parametri ematochimici. Gli indici antropometrici furono valutati prendendo come riferimento la distribuzione in percentili dello studio multicentrico del CNR sullo stato nutrizionale nei soggetti anziani (Melchionda N., 1989), una casistica nazio-

**Tabella 1** - Epidemiologia della malnutrizione presso il Pio Albergo Trivulzio: Descrizione della casistica.

Popolazione (m ± ds) (mediana)	N = 212, 73M, 139F	Età, anni 82,7 ± 7,6 83,6	Mesi di ricovero 26,9 ± 46,2 8,4
Autonomia motoria	19% deambulante	66% in carrozzina	15% allettato
Autonomia all'alimentazione	59% si alimenta da solo	37% si alimenta con aiuto	4% in nutrizione artificiale
Stato di coscienza	64% vigile	31% rallentato	5% soporoso

(Crippa A., 1998)

**Tabella 2** - Epidemiologia della malnutrizione presso il Pio Albergo Trivulzio: Distribuzione della casistica in percentili per i singoli parametri antropometrici considerati (BMI = indice di massa corporea; PT = plica tricipitale; MAC = circonferenza muscolare a metà braccio).

	Maschi (n = 73)				Femmine (n = 139)			
	< 5°	< 10°	< 25°	< 50°	< 5°	< 10°	< 25°	< 50°
BMI	30%	42%	67%	86%	32%	45%	65%	89%
PT	6%	10%	28%	43%	8%	17%	39%	77%
MAC	32%	38%	72%	90%	17%	26%	44%	74%

(Crippa A., 1998)

nale che include soggetti di età fino a 95 anni con una distribuzione in percentili distinta in base al sesso e all'età (anziani giovani di 65-74 anni e anziani vecchi di 75-95 anni), assicurando quindi una buona comparabilità.

Nel 42% dei casi almeno uno dei tre indici antropometrici considerati (Tab. 2) risultò inferiore al 5° percentile. L'albuminemia risultò inferiore ai limiti minimi di riferimento nel 58% dei casi; la conta dei linfociti risultò inferiore a 1500/ml nel 40% dei casi.

La prevalenza della malnutrizione nella nostra popolazione sembrava sostanzialmente sovrapponibile ad

altre importanti casistiche della letteratura prese a confronto: uno studio prospettico su 500 pazienti ospedalizzati in geriatria, pneumologia, medicina, ortopedia e chirurgia (McWhirter J.P., 1994); uno studio trasversale su 200 pazienti lungodegenti ultrasessantacinquenni (Keller H.H., 1993); uno studio epidemiologico sulla mortalità a 18 mesi in 300 pazienti ospedalizzati ultrasessantacinquenni (Volkert D., 1992). Tuttavia i criteri utilizzati per fare diagnosi di malnutrizione non erano univoci nei diversi studi. Nella nostra casistica, pertanto, innalzando il cut-off dei parametri antropometrici dal 5° al 10° percentile, la prevalenza

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

dei dati patologici saliva dal 42 al 56% dei casi.

La mancanza di criteri diagnostici univoci rendeva il confronto difficile e metteva in evidenza la necessità di disporre di criteri diagnostici standard per la malnutrizione nell'anziano. Fra gli indicatori di malnutrizione più utilizzati, soprattutto in passato, vi è la concentrazione plasmatica di albumina, indice di sintesi proteica e fattore prognostico di sopravvivenza; tuttavia l'albuminemia risente in misura importante dello stato infiammatorio, della funzionalità epatica e renale e non può quindi essere considerato un indicatore nutrizionale puro, ma va valutato in un contesto clinico più ampio. Ovvio è l'importanza dei parametri antropometrici, dato l'elevato rischio di malnutrizione marasmatica cui è esposta la fascia più anziana della popolazione. Tuttavia, con l'invecchiamento aumenta la variabilità tra soggetti e quindi gli anziani rappresentano la popolazione più eterogenea, anche quando suddivisi per decenni di età o per età funzionale/biologica. Sulla base di queste considerazioni l'OMS (De Onis M., 1996) invitava a considerare con cautela i dati antropometrici dei grandi studi epidemiologici quali dati di riferimento per la popolazione anziana, quando non suddivisi per decenni e per sesso e non espressi come media, deviazione standard e percentili per ciascun parametro.

Negli anni più recenti l'attenzione si è allontanata dagli indicatori biochimici attribuendo maggiore significato agli indici antropometrici e all'introito alimentare (Kondrup J., 2003). Tra gli indici antropometrici viene in particolare considerato il peso corporeo, espresso come BMI in  $\text{kg}/\text{m}^2$ , e ancor più la perdita di peso corporeo negli ultimi 3-6 mesi. Un problema centrale nell'analisi ponderale, infatti, è che nell'ambito dei soggetti con basso peso corporeo sono compresi quelli che sono sempre stati magri e attivi, i magri fumatori e coloro che sono dimagriti in conseguenza di una salute cagionevole (molte malattie con un'elevata mortalità si associano a calo ponderale, che talora si manifesta molti anni prima del decesso!) (Willett W. C., 1997).

## L'INTERVENTO NUTRIZIONALE

Per ridurre il rischio di malnutrizione cui sono esposti gli ospiti delle RSA è fondamentale l'attento monitoraggio del peso corporeo e dell'introito alimentare. Va garantita la quota alimentare necessaria e aumentato il livello di attenzione sulla quota assunta e sulle cause della eventuale ridotta/mancata assunzione alimentare;

è necessario elaborare strategie che permettano di offrire un'alimentazione formulata in maniera tale da poter essere assunta e, in caso di acuzie, va non solo considerata la necessità di un supporto calorico e proteico, ma garantito sin dall'inizio un adeguato apporto di micronutrienti, che da un lato sono fattori indispensabili per i metabolismi, dall'altro la loro carenza è spesso concausa dell'inappetenza e dell'iporessia. È altresì noto che le carenze di micronutrienti si instaurano molto più facilmente in condizioni di introito energetico complessivo ridotto, quindi negli ospiti delle RSA estremamente sedentari o negli anziani istituzionalizzati con massa corporea bassa.

La sorveglianza nutrizionale deve essere continua e, in caso di aumentati fabbisogni e/o ridotti apporti o di calo ponderale non desiderato, prima di ricorrere alla via enterale deve essere tentata la via orale attraverso l'alimentazione orale assistita (che utilizza specifiche variazioni della composizione e consistenza dei pasti e la fornitura di integrazioni dietetiche specificamente formulate) e il corretto uso degli integratori. La somministrazione di questi ultimi deve essere integrativa e non sostitutiva al pasto, con somministrazione preferibilmente protratta a lungo termine e accompagnata da un attento monitoraggio dell'assunzione reale. È utile l'impiego di prodotti ad alta densità calorica e, salvo indicazioni particolari, nella malnutrizione proteico-energetica cronica va data la preferenza ai prodotti con rapporto calorie/azoto elevato.

Il passaggio alla nutrizione artificiale deve essere ben ponderato, ma non rimandato eccessivamente; è importante intervenire con tempismo per evitare il "failure to thrive" (cioè l'incapacità alla ripresa vitale) che è spesso irreversibile. L'indicazione alla nutrizione enterale non può prescindere da un'attenta valutazione degli aspetti clinici e delle considerazioni etiche; richiede un'accurata identificazione dei fabbisogni e la consapevolezza che i risultati attesi non saranno immediati in considerazione della risposta metabolica lenta dell'anziano.

## CONCLUSIONI

La problematica nutrizionale in ambito sanitario è attualmente di grande rilevanza. Ne è una conferma il recente documento del Comitato dei Ministri del Consiglio Europeo sulla problematica nutrizionale negli ospedali (Committee of Ministers. Council of

**Tabella 3** - Razionale dell'iniziativa del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sull'alimentazione e l'assistenza nutrizionale.

- (a) l'accesso a una varietà sana e salubre di alimenti è un diritto umano fondamentale;
- (b) un servizio alimentare adeguato e l'assistenza nutrizionale negli ospedali ha effetti benefici sulla guarigione dei pazienti e sulla loro qualità della vita;
- (c) il numero di pazienti ospedalizzati malnutriti in Europa è inaccettabile;
- (d) la malnutrizione nei pazienti ospedalizzati porta a prolungamento dei ricoveri, prolungamento della riabilitazione, riduzione della qualità della vita e costi non necessari per la cura della salute.

(Committee of Ministers. Council of Europe; 2003)

Europe; 2003), le cui premesse essenziali sono riportate nella Tabella 3.

La risoluzione esorta i governi degli stati membri e le autorità sanitarie a tutti i livelli a implementare le 116 raccomandazioni contenute nelle appendici (parte integrante del documento), mettendo in evidenza come il problema sia irrisolto e necessiti di grande impegno per essere affrontato.

Le vie indicate per ottenere risultati propositivi sono: Sviluppare standard operativi per la valutazione e il controllo del rischio nutrizionale;

Includere tra gli standard per l'accreditamento lo screening del rischio nutrizionale, la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale;

Adoperarsi affinché la cartella clinica di ciascun paziente contenga informazioni nutrizionali e vi sia registrato l'introito alimentare dei pazienti a rischio nutrizionale e di quelli in terapia nutrizionale;

Definire linee guida nazionali e standard per l'approvvigionamento alimentare, comprendenti diete speciali su indicazione medica;

Implementare un programma di formazione continua in nutrizione clinica per tutto il personale sanitario;

Intraprendere studi per validare i metodi di screening e l'effetto dell'alimentazione ordinaria e del supporto nutrizionale sull'outcome.

In considerazione dell'elevato rischio e dell'alta prevalenza di malnutrizione nell'anziano, in ambito geriatrico l'applicazione di tali raccomandazioni deve essere prioritaria.

## BIBLIOGRAFIA

Colis J.P. Population ageing: pacing the challenge. OECD 2003, sept 26.

Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals. Strasbourg: Council of Europe; 2003.

Crippa A. et al. Epidemiologia e criteri di valutazione della malnutrizione. Geriatric & Medical Intelligence "Medicina e Anziani" 1998; 7 S-2: 7-11.

De Jong N. Nutrition and senescence: health aging for all in the new millennium? Nutrition 2000; 16: 537-40.

De Onis M., Habicht J.P. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. Am J Clin Nutr 1996; 64: 650-8.  
<http://www.oecd.org>

Keller H.H. Malnutrition in hospitalized elderly: how and why? J Am Geriatr Soc 1993; 41: 1212-8.

Kondrup J. et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clinical Nutrition 2003; 22: 415-21.

McWhirter J.P., Pennington C.R. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ 1994; 308: 945-8.

Melchionda N. et al. Epidemiologia dei soggetti anziani. Lo studio multicentrico del CNR. Giorn Gerontol 1989; 37: 563-87.

Morley J.E., Thomas D.R. Anorexia and aging: pathophysiology. Nutrition 1999; 15: 499-503.

Volkert D. et al. Malnutrition in geriatric patients: diagnostic and prognostic significance of nutritional parameters. Ann Nutr Metab 1992; 36: 97-112.

Willett W.C. Weight loss in the elderly: cause or effect of poor health? Am J Clin Nutr 1997; 66: 737-9.

# L'incontro tra i sistemi familiari ed i sistemi per le cure delle demenze

Giuliana Cislighi<sup>1</sup>, Maddalena Scognamiglio<sup>2</sup>, Maria Giorgetti<sup>2</sup>, Gian Mario Rozzi<sup>2</sup>, Federica Rivolta<sup>3</sup>, Sabrina Rossi<sup>4</sup>, Carla Stangalino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.V.A., Azienda Ospedaliera 'Ospedale Civile di Legnano'

<sup>2</sup>ASL della Provincia di Milano I, Distretto 6

<sup>3</sup>UO medicina III, Azienda Ospedaliera 'Ospedale Civile di Legnano'

<sup>4</sup>Nucleo Alzheimer, Istituto 'C. Golgi', Abbiategrasso

## PREMESSA

La sfida costante della medicina alle malattie dette "incurabili o inguaribili" ha contribuito al prolungamento della vita media della popolazione, ma anche ad un aumento dei malati cronici che richiedono alla comunità, per lungo tempo, una serie di risposte a bisogni complessi. Le risorse a disposizione per affrontare la complessità sono sempre più esigue e costringono frequentemente gli operatori e le famiglie a cercare nuove modalità di approccio alla soluzione dei problemi.

La demenza si colloca a pieno titolo tra le malattie croniche e si caratterizza proprio per la complessità dei problemi che riguardano non solo il malato, ma anche il suo sistema di cura.

Secondo il Committee of Geriatrics del Royal College of Physicians britannico "la demenza consiste nella compromissione globale delle funzioni cosiddette corticali (o nervose) superiori, ivi comprese la memoria, la capacità di far fronte alle richieste della vita di ogni giorno e di svolgere le prestazioni percettivo motorie già acquisite, di conservare un comportamento sociale adeguato alle circostanze e di controllare le proprie reazioni emotive; tutto ciò in assenza di compromissione dello stato di vigilanza. La condizione è spesso irreversibile e progressiva" (Royal College of Physicians, 1981).

Il termine "demenza" include quindi tutti quei processi organici determinanti decadimento mentale progressivo, anche se non per questo necessariamente

irreversibile, con perdita di più funzioni cognitive acquisite e concomitanti sintomi non cognitivi che comprendono la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione ed il comportamento; ovvero "una incompetenza cognitiva cronico-progressiva ad espressione ecologica" (Spinnler H., 1985)

## ASPETTI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI

La Malattia di Alzheimer è caratterizzata da un lungo decorso involutivo, scandito da fasi sufficientemente ben delineate per quanto riguarda sia il decadimento cognitivo che i disturbi della sfera affettivo-comportamentale e porta a morte il paziente entro 5-15 anni dall'esordio. Le variazioni descritte, sviluppandosi in un arco di tempo significativo, creano un impatto importante sul malato ed i suoi sistemi di riferimento.

Il "decadimento demenziale" o decadimento intellettuale o cognitivo è uno stato patologico di competenza neurologica particolarmente nelle prime fasi di malattia, in cui risulta di fondamentale importanza una corretta diagnosi differenziale con altre cause di demenza, alcune delle quali potenzialmente trattabili o guaribili. Altre competenze mediche quali quelle geriatriche, psichiatriche, internistiche, risultano altrettanto fondamentali nel controllo evolutivo di malattia e delle patologie intercorrenti. Ulteriori livelli professionali (assistenti sociali, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, educatori domiciliari, etc) e molteplici modalità organizzative socio-sanitarie (ospedali, ambulatori, RSA, Comuni, volontariato, CDI, etc) vengono via

via coinvolti nell'assistenza. La complessità che ne deriva spiega quindi la necessità che gli interventi multifocali degli attori della cura debbano essere coordinati e dinamicamente integrati tra loro, nelle diverse fasi della malattia, per fornire una adeguata risposta al paziente ed alla sua famiglia, evitando dispersioni di risorse e incrementi incongrui di spesa.

Le sindromi demenziali nel loro insieme, e la Malattia di Alzheimer in particolare, costituiscono quindi un eclatante esempio di malattia cronica altamente invalidante ed estremamente incidente in ambito socio-sanitario.

## L'ESPERIENZA DEL GRUPPO DI LAVORO TERRITORIALE PER L'ALZHEIMER

Da più parti, istituzionali e non, si ritiene che le problematiche sociosanitarie debbano essere affrontate nell'ambiente di vita delle persone in difficoltà, con un sistema delle cure configurato come rete di sostegno all'interno di una comunità. Poiché l'insieme degli aiuti è sempre più diversificato tra formale ed informale e tra pubblico e privato, si dovrebbero prevedere ambiti dove le relazioni tra gli attori siano continue, fluide e sinergiche per rispondere con efficienza ed efficacia al bisogno di cure.

Nel 2000 il Ministero della Salute ha promosso un'attività di ricerca sanitaria attraverso il bando "Programma per la ricerca finalizzata 2000 sulla malattia di Alzheimer" proprio allo scopo di ottenere una conoscenza più approfondita della realtà esistente e del fabbisogno del Sistema Sanitario Nazionale in relazione alla malattia.

La Regione Lombardia ha partecipato al bando presentando un progetto complessivo composto da 9 unità operative; all'Unità Operativa N° 9, in cui era inserita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", venne affidato il sottoprogetto "La continuità assistenziale in una rete integrata di servizi a favore del malato di Alzheimer e della sua famiglia".

Una delle scelte operate dagli Enti costituenti l'U.O. n° 9 è stata la creazione di gruppi di lavoro territoriali formati da operatori di servizi, dedicati e non dedicati alla patologia, al fine di condividere e sperimentare i percorsi e le proposte operative elaborate.

Il locale GRUPPO DI LAVORO TERRITORIALE PER L'ALZHEIMER si è costituito nel dicembre 2001 coinvolgendo inizialmente alcune U.O. degli Ospedali di

Magenta ed Abbiategrasso, 2 Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) incidenti sul territorio, l'Istituto 'C.Golgi' di Abbiategrasso e, per l'ASL MII, il Distretto di Magenta, il Servizio Anziani e il Servizio ADI. Già da tempo comunque l'U.V.A. dell'A.O. "Ospedale Civile di Legnano" e l'U.O. Anziani del Distretto di Magenta avevano attivato interventi e collaborazioni coinvolgendo in modo particolare l'Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.), i Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto e lo sportello di ascolto e orientamento per gli anziani e le loro famiglie.

Gli obiettivi prioritari del Gruppo ricalcano quelli dell'U.O. n.9, ma con un'ovvia attenzione alla realtà territoriale di rete:

1. quantificazione del problema
2. rilevazione dei servizi esistenti e delle relative attività
3. promozione della conoscenza reciproca delle varie Unità di offerta
4. promozione della conoscenza della malattia di Alzheimer tra gli operatori dei servizi
5. definizione di percorsi efficaci ed efficienti in termini di costi umani ed economici del malato, della sua famiglia e dei Servizi sociosanitari del territorio

## L'ATTIVITÀ DEI SERVIZI

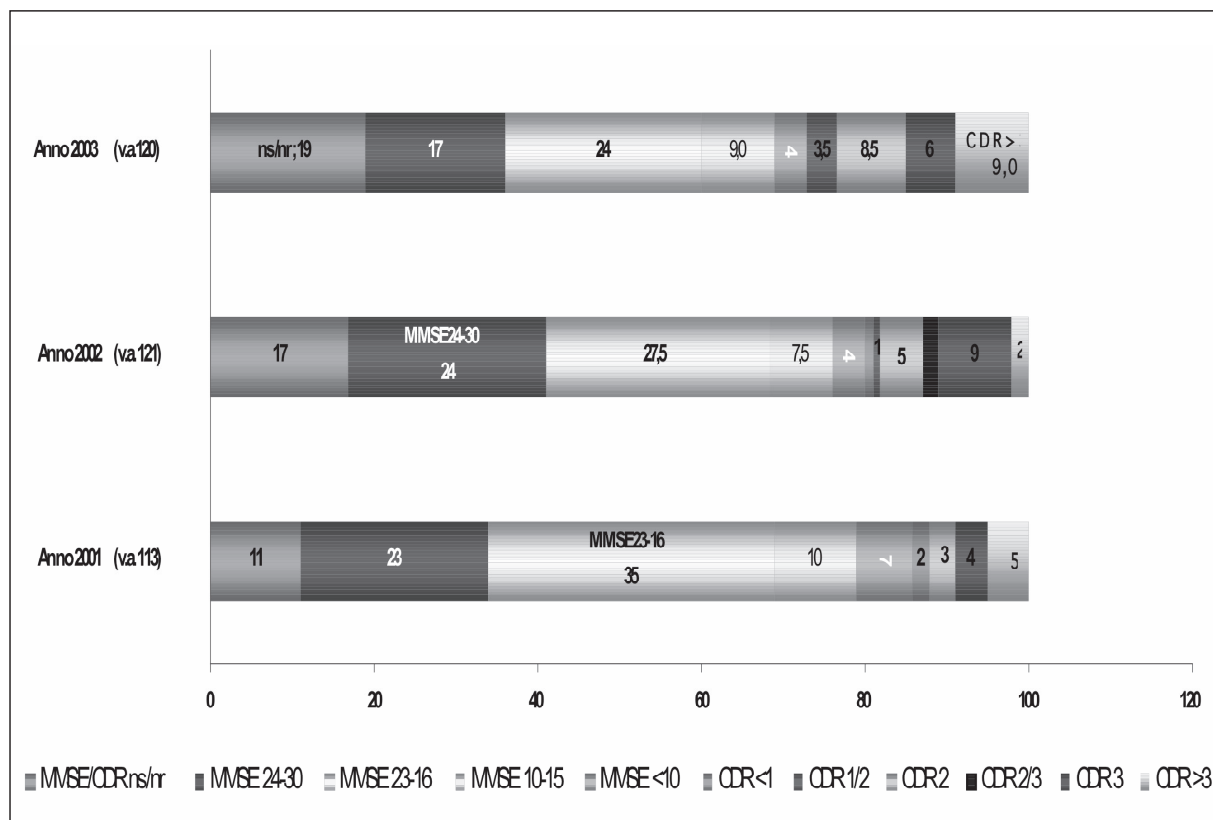
Rapportando i dati epidemiologici nazionali e internazionali al territorio di competenza dell'ASL MII e dell'A.O. "Ospedale Civile di Legnano", si può calcolare che circa 5400 soggetti potrebbero essere affetti da demenza e, fra questi, circa 3700 da Malattia di Alzheimer (Tab.1)

I volumi di attività di alcuni Servizi esistenti nel territorio vengono schematizzati nelle Tabelle n.2-7 e Figura n.1; questi permettono alcune iniziali considerazioni rispetto alla rete territoriale dei servizi dedicati e non ai pazienti affetti da demenza:

1. Il territorio in cui operano i Servizi che hanno partecipato al Gruppo di Lavoro è ricco di unità d'offerta ben operanti (Fig.1). Ciò è dimostrato dai volumi di attività dei singoli servizi e dall'attenzione con cui vengono documentati gli stessi. Ma sorge una domanda: qual è realmente il "territorio" di cui si parla? I servizi presi in considerazione, dedicati e non, hanno bacini d'utenza diversi e questo comporta una notevole difformità nei dati prodotti e la loro difficile lettura in termini obiettivamente comparabili.

**Tabella I** - Dati epidemiologici della popolazione residente in 5 dei 7 Distretti dell'ASL Mi I, comprendenti il bacino d'utenza dell'A.O. "Ospedale Civile di Legnano"

Pop.Distretti - 2002 A.O. "Ospedale Civile di Legnano"	Popolazione > 65 anni	Prevalenza M.A. valore 4,4 %	Prevalenza Demenza valore 6,4 %
Legnano	173000	29000	1276
Castano	64000	11000	484
Magenta	112500	17500	770
Abbiategrosso	69500	11000	484
Corsico	114000	16000	704
Totale	533000	84500	3718



**Figura I** - U.O. Anziani/Distretto di Magenta: dati UVG/UVMD per MMSE o CDR

2. È possibile leggere e tentare un'analisi del lavoro svolto dai singoli servizi solo dopo aver almeno minimamente uniformato i linguaggi che sono risultati

estremamente diversi tra loro.

3. I dati prodotti dall'U.V.A. dell'AO di Legnano (Tab.2) in termini di età, sesso e tipo di demenza diagnostica-

**Tabella 2** - Rivelazione dei Servizi dedicati e non dedicati alla MdA nel territorio di Magenta-Abbiategrasso (ottobre 2003)

Servizi dedicati	Servizi non dedicati
U.V.A. AO'Ospedale civile di Legnano'	MMG
U.V.A. Ist. Ger. Golgi	UO Anziani-Distretto 6 - counseling/orientamento - UVG/UVMD - gruppi AMA
Nucleo Alzheimer IDR-Golgi	ADI Distretto 6
Nucleo Alzheimer RSA-Golgi	U.O. ospedali di Magenta e Abbiategrasso
Nucleo Alzheimer RSA Villa Arcadia	n.13 Servizi sociali comunali 1 C.D.I. n.5 RSA

**Tabella 3** - Attività dell'U.V.A. dell'AO'Ospedale Civile di Legnano' (ottobre2000-luglio 2004)

N° 655= totale soggetti valutati	Tipo di Demenza	%	% letteratura
F 438(66,9%) M 217(33,1%)	MdA	66,5	60-80
Età media = 76aa(range 50-95)	FTD	7,1	2-9
2 mesi-19 anni =mesi/anni di malattia alla prima valutazione	LBD	3,1	7-25
	VaD	5,6	15-20
Diagnosi di demenza=83,5% MdA = 66,5% di tutte le demenze	Mista	11,8	
	altre	5,9	

ta concordano con la letteratura; ciò significa che questo nuovo servizio convoglia un'utenza eterogenea ed è divenuto un punto di riferimento della zona per la diagnosi differenziale del deficit cognitivo in generale, al di là delle originali motivazioni del Progetto Cronos. Per altro, estrapolando i dati numerici delle 2 U.V.A. incidenti sul territorio, si può calcolare che solo il 18% circa dei soggetti dementi previsti sono stati valutati e seguiti dai Centri esperti.

4. Alla prima visita in U.V.A. oltre il 40% dei soggetti valutati riferisce una storia di malattia superiore a 3

anni e circa il 20% presenta un grave deterioramento cognitivo (demenza in fase avanzata): questi dati sono significativi della persistenza di una cultura medica che non ritiene la diagnosi precoce di demenza un valido presidio per la cura.

5. L'esame dei dati U.V.G. (Fig.1) degli ultimi tre anni evidenzia quanto il disturbo cognitivo sia un elemento importante di destabilizzazione dell'equilibrio familiare per la difficoltà e la problematicità di gestione al domicilio: più del 60% degli anziani valutati ha un MMSE inferiore a 24 e il 10% circa ha una CDR maggiore o

## MATERIALI DI LAVORO

**Tabella 4** - Accessi NA-IDR Ist. Golgi per l'anno 2002.  
Totale accessi = 129

Territorio di provenienza	%
Distretto di Abbiategrasso	28,68
Distretto di Magenta	19,38
Milano	17,83
Altro	13,95
Vigevano/Mortara	10,08
Distretto di Castano Primo	3,1
Distretto di Corsico	2,33
Distretto di Garbagnate	1,55
Distretto di Rho	1,55
Distretto di Legnano	1,55

uguale a 3. Curiosamente questi valori sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli rilevati dall'UVA dove circa il 70% dei pazienti accede con un MMSE <24/30, come se i 2 servizi fossero ritenuti equivalenti e la scelta di invio all'uno o all'altro dipendesse solo da cause contingenti ambientali.

6. A questo riguardo pare problematico il ruolo del MMG: oltre ai dati sopra riportati, dall'analisi delle segnalazioni all'UVA. emerge che la maggior parte degli invii è di tipo specialistico o altro (53%) e non del medico curante (47%). Ciò può significare che sussista tuttora una sottovalutazione dei sintomi iniziali di malattia da parte del medico di medicina generale che si rivolge ai servizi della rete prevalentemente quando il problema della demenza è complicato da disturbi psico-comportamentali (ricorso all'NA IDR e all'UVA) o conflittualità nelle relazioni familiari (ricorso all'UVG/UVMD).

7. Dai dati rilevati appare che la risorsa NA-IDR (Tab.4) sia poco conosciuta dagli attori istituzionali della cura, particolarmente per quanto riguarda i distretti insistenti. Sottoposto ad un regime autorizzativo da parte della ASL, questo Servizio ha ancora bisogno di

**Tabella 5** - ADI del Distretto di Magenta (anno 2003)

Patologia	N
Non rilevata	18
Pat. Acuta intermitt.	18
Handicap	5
Ritenz/incont	32
Epatopatia	9
IRC	9
Cachessia	5
Diabete	33
BPCO	19
Ortopedica	138
Alzheimer	20
Demenza senile	50
Neurologica	136
Esiti di ictus	134
Cardiovascolare	331
oncologica	70

trovare una collocazione all'interno della rete di cura perché possa esprimere meglio le sue potenzialità nel monitoraggio e definizione di un progetto di assistenza individuale condiviso.

8. Considerando il dato dell'età dei pazienti in ADI (nel distretto di Magenta l'88% ha più di 65 anni, pari a circa il 5% della popolazione ultrasessantacinquenne residente) appaiono sottodimensionati i dati riferiti alle demenze senili e alla MdA (Tab.5).

Esaminando i 70 casi rilevati con patologia definita "demenza senile" (n.50) e "MdA" (n.20) si rileva che la fascia di età maggiormente rappresentata è quella dei

**Tabella 6** - Ricoveri ordinari nelle UO degli ospedali di Magenta (Ma) ed Abbiategrasso (Abtg)- diagnosi principale (anno 2001)

Unità Operative	MdA	Altre demenze
Geriatrics (Ma)	0	17
Medicina I (Ma)	2	4
Medicina II (Ma)	1	14
Psichiatria (Ma)	1	10
Medicina (Abtg)	5	26
<b>totale</b>	<b>9 (12,7%)</b>	<b>71</b>

grandi anziani e le prestazioni infermieristiche richieste riguardano per il 58% la medicazione di decubiti (stadio avanzato di malattia). Inoltre, per la metà di questi casi sono state richieste ed effettuate valutazioni UVMD (UVG) a domicilio.

9. Certamente i pazienti con demenza afferiscono all'ospedale in regime di ricovero ordinario (Tab.6 e 7) prevalentemente per patologie intercorrenti come è dimostrato dal numero prevalente di soggetti in cui la demenza viene codificata come diagnosi secondaria; per altro, il numero complessivo appare sottostimato in quanto non più del 10% dei ricoverati nei reparti maggiormente dedicati (geriatrics, medicina, psichiatria) presenterebbe un deficit cognitivo (variamente codificato) e tale percentuale non appare realistica se confrontata con i dati epidemiologici e l'età media dei pazienti ricoverati. Inoltre, nei reparti chirurgici (chirurgie generali, ortopedia) tale percentuale si abbassa ulteriormente e la codifica di MdA (331.0) complessivamente non supera il 6 % versus altri tipi di demenze.

## CONCLUSIONI

Nell'approccio di rete non esistono percorsi definiti. Ogni rete ha in sé risorse e bisogni peculiari, basti ad esempio pensare all'influenza della disponibilità economica del cittadino/utente. Fatta salva questa premessa, occorre però progettare una mappa con contenuti di senso che indichi la via più efficace per arrivare all'obiettivo condiviso di cure.

**Tabella 7** - Ricoveri ordinari nelle UO degli ospedali di Magenta (Ma) ed Abbiategrasso (Abtg)- diagnosi secondaria (anno 2001)

Unità Operativa	MdA	Altre demenze
Geriatrics (Ma)	5	116
Medicina I (Ma)	3	13
Medicina II (Ma)	2	32
Psichiatria (Ma)	0	0
Cardiologia/UCC (Ma)	1	10
Chirurgia (Ma)	1	3
Ortopedia (Ma)	0	3
Medicina (Abtg)	10	285
Chirurgia (Abtg)	1	5
Ortopedia (Abtg)	0	15
<b>totale</b>	<b>23 (4,8%)</b>	<b>482</b>

La creazione e l'ottimizzazione di una rete locale di servizi specificamente dedicati o non alla cura e all'assistenza dei pazienti dementi si scontra innanzitutto con la rigidità dei diversi territori di competenza degli stessi: queste rigidità, che mantengono un senso in termini di organizzazione interna, determinano squilibri ed inefficienze quando è necessario dare risposte mirate ai bisogni del singolo soggetto/paziente/utente ed alla sua famiglia. Le stesse rigidità sono anche all'origine delle difformità di linguaggio tra gli operatori che, a loro volta, determinano incomunicabilità o incomprensioni tra i servizi stessi e molto spesso tra i servizi e gli utenti.

A nostro parere è importante che il sistema di Servizi tenga in massima considerazione l'approccio multidimensionale/multidisciplinare e multigenerazionale, le risorse individuali e familiari che gli utenti, come ciascuno di noi, accumulano nella propria storia.

Crediamo che valorizzare questi ambiti produca anche un minor spreco di energie complessive, un abbassamento del carico di sofferenza e un risparmio

## MATERIALI DI LAVORO

economico, sia per la riduzione dei “giri a vuoto”, sia per una richiesta complessivamente minore di interventi esterni.

Il riconoscimento delle risorse dei familiari (che gli stessi spesso faticano a “vedere” anche se presenti), è favorito dal coinvolgimento dei caregiver nei progetti di domiciliarizzazione, in particolare per la forte rilevanza del loro ruolo di interfaccia fra i bisogni dell'anziano demente e i Servizi.

E' evidente il bisogno dei pazienti e delle loro famiglie di precise indicazioni di percorsi, nonché di aiuto a leggere e contenere le emozioni che si generano nel rapportarsi ad una patologia frequentemente devastante come la demenza di Alzheimer.

E' fondamentale quindi avere dei precisi riferimenti nel loro quotidiano, coi quali stabilire una buona relazione di accoglienza e orientamento/supporto, sia nella fase di prima espressione delle loro preoccupazioni (spesso sottovalutate sul piano dei sintomi che dello stress), sia nell'accompagnamento alla scoperta e soprattutto alla ricomposizione dei vari segmenti di intervento (ruolo del case-manager e dell' equipe).

## BIBLIOGRAFIA

Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic disease in older italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26:995-1002

Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54(suppl.5):S4-S9

Lucca U, Tediosi F, Tettamanti M. Dimensione epidemiologica e impatto economico delle demenze in Italia. Milano, EMME Edizioni S.a.s., 2001

McKhann G., et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984;34:939-944

Royal College of Physicians. Organic mental impairment in the elderly. Implications for research, education and the provision of services. A report of the Royal College of Physicians by the College Committee on Geriatrics. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1981; 15:141-167

Spinnler H. Il decadimento demenziale. Inquadramento neurologico e neuropsicologico. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1985

## L'habitat gerontologico tra passato e futuro

### Il Progetto Synergy in Provincia di Varese

**Marco Predazzi**

*Direzione Medica de "Il Melo Centro di Cooperazione Sociale ONLUS"*

#### **“QUAESTIO HABITATIVA” E PRASSI SOCIALE GERONTOLOGICA**

È scritto nel destino degli appassionati di gerontologia di dover assistere spesso impotenti ai grotteschi ritardi con cui le complesse macchine amministrative giungono a metabolizzare i contributi della ricerca, finendo spesso per realizzare opere giuste al momento sbagliato. In particolare, per quanto riguarda l'habitat abbiamo assistito negli anni '80 al proliferare selvaggio di strutture di ricovero per anziani quando tardivamente ci si è resi conto che la profezia demografica lanciata dai gerontologi degli anni '70 si era ormai avverata in un contesto sociale ancora del tutto impreparato.

Successivamente è venuta, in particolare in Lombardia con l'adozione dei primi PSA, l'era della normativa e degli standard, un evento di incontestabile positività che nel giro di un ventennio ha prodotto tuttavia come nemesi un appiattimento progettuale e gestionale che ancora oggi mortifica ogni velleità sperimentale ove ancora ce ne fosse la volontà, portando all'attuale pletora di RSA replicanti che, con criteri gerontologici vecchi di almeno trent'anni, sono il fiore all'occhiello di grandi e (sempre più) piccole amministrazioni locali, fiere di aver realizzato la “propria” casa per anziani, proprio mentre la ricerca internazionale da almeno un decennio ne propone una revisione critica radicale.

Questa fiera obsoleta e pedissequa di RSA-modello con la sua armata di posti-letto non solo non rappresenta un elemento di progresso sociale come vorreb-

bero amministratori e politici, ma è un fenomeno di assoluta retroguardia culturale che con la sua ingente fagocitosi di fondi pubblici e privati rischia di mettere seriamente in crisi per molti anni una seria programmazione volta ad una transizione verso modelli realmente innovativi e al passo con una cultura gerontologica adeguata ai tempi.

Nulla infatti, come le scelte relative all'habitat, appare oggi così pregnante e rivelatore del “pedigree” della cultura gerontologica che lo sottende che proprio nelle opzioni delle soluzioni abitative si mette alla prova e dimostra la propria reale correttezza ed efficacia.

L'habitat per l'invecchiamento si presenta dunque come un momento strategico vitale per la nuova gerontologia sociale e la sua aspirazione a divenire scienza della società e non più semplicemente disciplina specialistica della vecchiaia.

#### **UN NUOVO HABITAT DA UNA NUOVA GERONTOLOGIA**

È una stratificazione demografica assolutamente inedita per l'umanità quella che ci si presenta all'inizio di questo nuovo secolo: un profilo definito dalla compresenza nell'assetto sociale di cinque generazioni in pressoché totale equilibrio quantitativo, una “piramide delle età” divenuta ormai un parallelepipedo che nelle società occidentali minaccia addirittura una piramidizzazione al rovescio per la contrazione delle coorti dei nuovi nati.

E tuttavia, forse mai come in questo tempo, la percezione sociale e la coscienza individuale sono apparse

Livello -	Anziano autosufficiente socialmente attivo	<b>1... LIVELLO Sicurezza</b>	SICUREZZA DI PROSSIMITA - Socialit - Monitoraggio eventi critici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forme di aiuto per l'autonomia</li> <li>- Sinergie di prossimità per la sicurezza</li> <li>- Primo monitoraggio eventi critici</li> <li>- Aggregazione sociale</li> <li>- Continuità relazionale</li> <li>- Disponibilità notturna per eventi critici</li> </ul>
Livello -	Anziano autosufficiente con iniziali difficoltà gestionali	<b>2... LIVELLO Monitoraggio</b>	PROTEZIONE DI VICINATO - Sinergie del quotidiano - Gestione eventi critici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisione ambientale e personale</li> <li>- Interventi assistenziali occasionali</li> <li>- Supporto relazionale e socializzazione</li> <li>- Disponibilità notturna per eventi critici</li> </ul>
Livello C	Anziano non autosufficiente con difficoltà gestionali del quotidiano	<b>3... LIVELLO Supporto</b>	AFFIDO SOCIALE - Pacchetto assistenziale - Gestione eventi critici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo ambientale e personale</li> <li>- Interventi assistenziali programmati</li> <li>- Supporto relazionale e socializzazione</li> <li>- Aiuto per commissioni e trasporti occasionali</li> <li>- Disponibilità notturna per eventi critici</li> </ul>
Livello D	Anziano non autosufficiente con gravi limitazioni gestionali del quotidiano	<b>4... LIVELLO Presa in carico</b>	HOME CARE - Protezione continuativa. - Presa in carico stati critici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presa in carico ambientale e personale</li> <li>- Interventi assistenziali continuativi</li> <li>- Supporto relazionale e socializzazione</li> <li>- Gestione commissioni e trasporti</li> <li>- Primo intervento per eventi critici notturni</li> </ul>
Livello E	Anziano non autosufficiente con gravi problemi sanitari. Anziano affetto da demenza	<b>R.S.A.</b>	ISTITUZIONALIZZAZIONE - Ricoveri temporanei - Ricoveri definitivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuità assistenziale intensiva</li> <li>- Servizi ad elevata componente sanitaria</li> <li>- Reset terapeutico e riabilitativo</li> <li>- Piano Assistenziale Individualizzato</li> <li>- Offerta socio-animativa programmata</li> </ul>

**Figura 1**

così lontane da una comprensione unitaria e dinamica dell'arco di vita, con una frammentazione assoluta del progetto esistenziale per nicchie generazionali.

È come se l'imperante "dittatura del target" che governa i meccanismi della promozione commerciale delle società ad economia avanzata avesse penetrato coscienze individuali e politiche sociali al punto da conformare progetti di vita individuali ed ipotesi di lavoro sociale alla logica parcellizzata e dispersa di una weltanschauung per cui la vecchiaia continua a rappresentare un malaugurato incidente di percorso e non il naturale compimento del ciclo di vita, con il suo corollario di problemi che una visione delle cose realisticamente dinamica renderebbe prevedibili e affrontabili. Sotto questo profilo la "cultura dell'arco di vita", orizzonte emergente della nuova gerontologia sociale, non fa altro che riportare nei dovuti binari metodolo-

gici l'analisi e la progettazione sociale connesse con l'invecchiamento, ricontestualizzato nelle dinamiche evolutive del ciclo di vita personale e delle transizioni generazionali in seno alla società.

Quello che emerge è un approccio gerontologico meno specialistico e geriatrizzato, ma senz'altro più ricco di indicazioni teoriche e sperimentali foriere di contenuti e innovazioni nella progettazione sociale. Che l'oggetto della gerontologia debba ormai essere traslato dalle politiche per gli Anziani ad una politica della società in cui "anche" l'invecchiamento debba essere ricompreso è concetto acquisito e consolidato, tanto da essere stato ufficializzato dall'ONU stessa quando nel 1999 ha inteso connotare l'anno dell'Anziano con l'ormai notissimo "towards a society for all ages", a indicare che non esistono più strategie per la vecchiaia che possano prescindere da una metodolo-



CARDANO AL CAMPO – Villa Uselli (proprietà comunale)

- collocazione di 6 alloggi a tipologia Abbeyfield nell'area oggetto di ristrutturazione con intervento di massima conservazione dell'esistente
- realizzazione ex novo della Residenza-Canguro nell'immobile di nuova edificazione con orientamento delle aree-notte verso il cortile privato e delle zone giorno con accessi relativi verso l'area di transizione al parco pubblico
- utilizzo per servizi ad interazione territoriale degli spazi al piano-terra fronte piazza per la naturale accessibilità dei locali

## Figura 2

gia transizionale dell'intero assetto societario. Quella che solo una decina d'anni fa in Europa con il termine "intergenerazionalità" esprimeva semplicemente una geniale, ma limitata intuizione circoscritta all'animazione sociale è diventata in pochissimo tempo una fondamentale ipotesi di lavoro, una elementare, ma radicale, rivoluzione culturale in seno alla gerontologia sociale istituzionale. L'assunzione di una prospettiva "societaria" nel lavoro di progettazione gerontologica ha spalancato le porte ad una revisione ampia ed articolata di contenuti e metodologie: non più dunque politiche sociali per il "settore anziani", ma strategie di integrazione multigenerazionale, non più case per anziani, ma habitat evolutivi fruibili anche dagli anziani, non più progetti di

strutture socio-sanitarie-terminal per l'emergenza, ma attivazione di reti di housing sociale per la prevenzione.

È finalmente l'irruzione nella cultura della programmazione sociale di un concept dinamico della vecchiaia, visualizzata per quello che è realmente: un percorso e non uno stato, un processo ricco di elementi predittivi e precondizioni e non una condizione statica.

Su questi elementi dinamici si gioca la resistenza della popolazione anziana alla potenzialità catastrofica della decadenza biologica e della fragilità economica, la cui espressione presenta notevoli gradi di variabilità, apparentemente inspiegabili con la semplice oggettiva intensità dell'evento penalizzante.



Figura 3

## “TOWARD A SOCIETY FOR ALL AGES...”

L'azione intergenerazionale non rappresenta dunque né una buona intenzione né una semplice filosofia esistenziale: il suo fine è la programmazione sociale, la realizzazione di supporti progettuali, metodologie operative e processi formativi in grado di sostenere e promuovere sul terreno reale delle operazioni quelle sinergie della rete relazionale personale e sociale che rappresentano l'unica garanzia per un processo di invecchiamento non catastrofico della comunità sociale. Sotto questo profilo una progettazione convertita all'origine alle sinergie di rete e all'interazione generazionale, consapevole della dinamicità evolutiva dei processi di invecchiamento ed aperta alla più ampia interattività con l'intero medium societario, rappresenta una premessa indispensabile e una garanzia. Una progettazione dell'habitat finalizzata alla ricostru-

zione di un medium sociale in via di estinzione, oggi che l'unico vero medium societario sembra essere il villaggio virtuale televisivo, tirannico erede dei substrati territoriali e sociali che hanno offerto alle generazioni passate il senso di una contestualizzazione sociale e dell'appartenenza alla vita stessa.

(La fruizione intensiva dei grandi supermercati da parte degli utenti forse meno forniti economicamente, i pensionati, non tradisce forse il bisogno di una contestualità sociale inconsciamente omogenea con i linguaggi e le icone del grande fratello telematico, estremo e indiscusso mediatore dell'appartenenza individuale al flusso dei tempi?).

Considerata l'importanza strategica fondamentale dell'habitat per l'identità personale e i legami di rete, la progettazione “culturally correct” di spazi re-inventati per l'abitare in sicurezza, la socialità e l'intermediazione pubblico-privato appare assolutamente emblematica.

I sotto-progetti: habitat evolutivo,  
residenze autogestite, progetto "canguro"

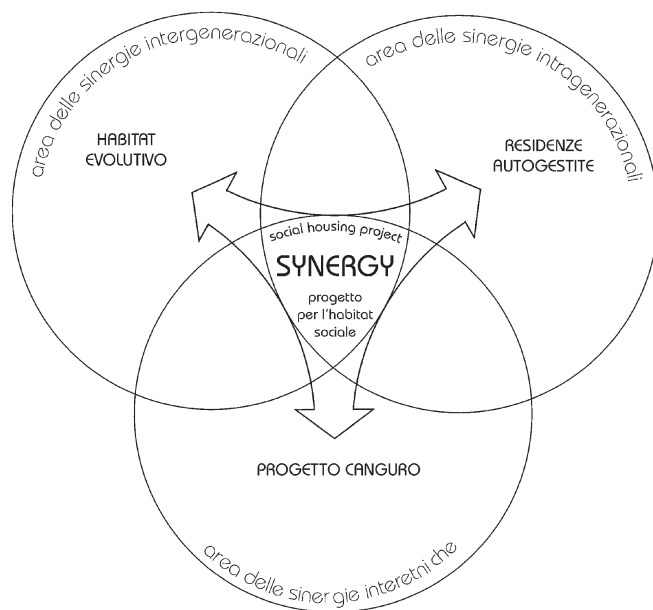


Figura 4

ca come banco di prova per la verifica di ogni ipotesi globalista sull'invecchiamento.

L'impegno strettamente culturale della Fondazione che rappresento, concretizzatosi negli anni nella promozione di centinaia di laboratori intergenerazionali nelle scuole e nelle case di riposo, nella pubblicazioni di libri e ricerche, creazione di eventi sociali e artistici e in un consistente impegno formativo, in questi ultimi anni è andato naturalmente estendendosi alla progettazione legata all'habitat, identificata come uno dei più rilevanti punti nodali della ricerca gerontologica e delle politiche sociali del futuro prossimo.

"Una politica puramente custodiale, che non preveda qualche sorta di riorganizzazione sociale per frenarne la caduta, è destinata a fallire; una politica di mera prevenzione è velleitaria".

Tra questi due poli, lapidariamente fotografati da Giuseppe Micheli nella lucida analisi della su "Social Survey" sul territorio milanese pubblicata nel 2002, si colloca il terreno di coltura di una progettazione sociale destinata a fornire risposte efficaci a quelle "centomila persone ultrasessantacinquenni in Lombardia non isti-

tuzionalizzate, ma con problemi di autonomia funzionale", pronte a trasformarsi in "domande (potenziali) di ricovero".

In questo spazio di intermediazione tra un domicilio privato a proprio rischio e pericolo ed un'istituzionalizzazione spesso contrassegnata dalla depauperazione dell'identità e dalla marginalizzazione sociale si colloca la sperimentazione di nuove forme di residenzialità protetta, mutate dall'estensione al territorio delle acquisizioni più emblematiche della ricerca europea. Tra queste il concept progettuale e la sperimentazione su vasta scala territoriale degli insediamenti residenziali del progetto di housing sociale "Synergy".

## HOUSING SOCIALE EVOLUTIVO: IL PROGETTO SYNERGY

La necessità di identificare livelli intermedi di habitat al fine di tutelare le risorse "di rete" riguardo alla popolazione senescente, attualmente in bilico tra una domiciliarità a rischio e la disfatta dell'istituzionalizzazione, è il primum movens della ricerca e delle sperimentazioni che hanno portato alla definizione del progetto "Synergy".

Il progetto nasce da un partenariato tra un polo di ricerca-sperimentazione sociale (Fondazione il Melo), un polo istituzionale (Amministrazione Provinciale di Varese) e un polo progettuale-realizzativo (ALER-Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale di Varese) con la partecipazione attiva di una decina di Enti Locali del territorio provinciale sede degli insediamenti residenziali sperimentali.

Il progetto affonda le sue radici nella sperimentazione europea dell'ultimo decennio in materia d'habitat a destinazione gerontologica e più in generale nelle esperienze del social-housing internazionale.

Il congresso internazionale "Où habitera la personne agée du troisième millenaire?" del 1999 promosso da Melo (Italia), Université Catholique de Louvain (Belgio) e Institut Pluridisciplinaire d'Etudes Sociales (Francia), patrocinato dall'ONU e finanziato dall'UE, con i suoi oltre cento relatori di tredici Paesi e le dieci giornate di lavoro congressuale ha portato in luce le acquisizioni più avanzate sull'habitat a destinazione sociale, rappresentando un crogiuolo ideale di conoscenze teoriche e know-how sperimentale. Da questa grande antologia internazionale sono state tratte le linee di tendenza ritenute più interessanti sotto il pro-



rizzazione intergenerazionale ed interetnica, rivolgendosi con una progettualità specifica alla famiglia d'origine (habitat evolutivo), alle famiglie "fragili" o immigrate (progetto canguro) e agli anziani stessi in veste di protagonisti (residenze autogestite per il self-help). Il progetto architettonico-logistico si muove in stretta relazione con una rigorosa progettazione sociale parallela che ne costituisce ad un tempo la premessa e la garanzia, essendo il progetto destinato a coprire la vasta area problematica tra il domicilio e l'istituzione la cui protezione è attualmente completamente disattesa dalle politiche sociali.

Il requisito fondamentale di un insediamento residenziale destinato a persone che invecchiano è la "plasticità", cioè la capacità di adattarsi a fornire risposte assistenziali adeguate alle inevitabili modificazioni dell'autonomia personale destinate a verificarsi nel tempo nei residenti.

Il progetto SYNERGY prevede la realizzazione su scala territoriale di comunità residenziali progettate per mantenere al proprio domicilio, in condizioni di completa sicurezza, Anziani anche con limitazioni parziali o totali dell'autosufficienza subentrate all'inserimento nella residenza.

Questo servizio permette di prevenire il ricovero in R.S.A., fornendo un'assistenza professionale adeguata ai differenti livelli di compromissione psico-fisica degli Ospiti, limitando la necessità di ricorrere all'istituzionalizzazione ai soli casi estremi.

La presa in carico dell'Anziano è garantita da Operatori specializzati e famiglie affidatarie con funzioni di "caregiver", formati alla relazione e all'assistenza attraverso corsi specifici teorici e pratici. Questa modalità operativa soddisfa dunque al contempo l'esigenza socio-assistenziale dell'Anziano e la necessità di assicurare alloggi e posti di lavoro a nuclei familiari socialmente fragili.

La residenza è destinata ad Anziani, singoli o coppie, che intendono avvalersi dei servizi generali di protezione e monitoraggio offerti dall'insediamento nella sua globalità.

Oltre ad un adeguato supporto logistico e domotico, questa soluzione abitativa offre importanti garanzie di sicurezza e socialità mutate dal sistema di vigilanza assistenziale e dai servizi di supporto propri dell'insediamento nella sua globalità. La contestualizzazione dei servizi di supporto e l'inserimento degli alloggi nella rete-televisiva dell'insediamento con guardia permanente in loco 24 ore su 24 costituiscono gli elementi

strutturali più qualificanti di questo livello abitativo.

Ulteriori esigenze di presa in carico personali possono essere affrontate sia attraverso i presidi di supporto socio-sanitario degli spazi a tipologia Centro Diurno, che usualmente integrano gli insediamenti, sia con l'assunzione da parte delle Famiglie Affidatarie di specifici compiti assistenziali.

In particolare alle "famiglie canguro" possono essere affidati ruoli a progressiva intensità assistenziale, dal monitoraggio alla presa in carico totale.

Nel "monitoraggio" l'obiettivo delle prestazioni erogate da parte della famiglia affidataria è quello di mantenere il livello di autonomia dell'Anziano, di attivare le possibilità latenti e di potenziare le abilità residue attraverso semplici sinergie quotidiane programmate, assicurando l'intervento nelle 24 ore in caso di eventi critici: controllo dell'adeguatezza del "self-care", supervisione sulla corretta gestione ambientale e domestica, mantenimento e attivazione di una idonea rete relazionale e sociale.

Un livello successivo prevede l'attivazione di interventi protesici mirati alla stimolazione di abilità residue: supporto al self-care, supervisione per alzate allettamenti e pasti, interventi di sostegno nella gestione ambientale e domestica, oltre alla tutela relazionale e sociale e alla sicurezza continuativa per eventi critici.

Nella presa in carico più intensiva l'obiettivo delle prestazioni erogate da parte della famiglia affidataria è quello di accudire l'Anziano in ogni sua necessità, attraverso interventi assistenziali stabili e continuativi mirati al mantenimento delle condizioni di partenza nonché alla stimolazione di eventuali abilità residue, assicurando come sempre l'intervento nelle 24 ore in caso di eventi critici: assistenza al "care", alzate e allettamenti, allestimento pasti e supporto all'alimentazione, gestione ambientale e domestica, socializzazione.

In caso di variazioni sostanziali osservate nel carico assistenziale, l'"House Keeper" o la famiglia affidataria segnalano l'avvenuto cambiamento al Garante di Processo che provvede alle opportune valutazioni in équipe per la ridefinizione delle nuove esigenze assistenziali emerse e l'attivazione di specifici strumenti di supporto.

Qualora la valutazione delle condizioni psico-fisiche di un Residente di un insediamento dovesse evidenziare un peggioramento, il Garante di Processo valuta la possibilità di intensificare gli interventi assistenziali diretti nell'ambito dell'alloggio di residenza o ricorrendo ai posti-letto d'emergenza dell'astanteria.

## ESPERIENZE

Qualora la compromissione sia connotata come non autosufficienza ingestibile a domicilio, o è aggravata da importanti problemi sanitari o demenza, la Rete SYNERGY garantisce comunque la continuità assistenziale attraverso il ricovero (temporaneo o definitivo) nell'RSA. del "Melo" che assicura una pronta recettività, in attesa di programmare un eventuale trasferimento in altra Struttura Residenziale competente per territorio.

Per raggiungere l'obiettivo di una reale prevenzione dei ricoveri impropri nelle strutture socio-sanitarie residenziali il progetto sociale procede dunque attraverso analisi di processo e protocolli operativi e formativi assolutamente rigorosi e riproducibili, mentre la progettazione architettonica, fondata su modelli-base dai requisiti essenziali, presenta un'articolazione territoriale estremamente variabile, improntata alla massima flessibilità per l'inserimento urbanistico e sociale degli insediamenti.

## UN "PONTE" TRA RICERCA E TERRITORIO

La sostanziale unicità dell'intervento, da cui l'intero progetto trae grandi motivi d'interesse è rappresentata dall'inedita ampiezza del territorio sperimentale, che costituisce il vero banco di prova di quei modelli emblematici che, pur consacrati dalla ricerca e dai consensi congressuali, per la prima volta si mettono in gioco sulla grande dimensione territoriale.

Il partenariato di ALER (ex Istituto Autonomo Case Popolari) in particolare rappresenta un elemento di grande importanza prospettica, non solo per il notevole know-how progettuale ed operativo dell'Azienda, ma soprattutto per la possibilità di consolidare un ponte stabile tra la ricerca teorica con i suoi modelli sperimentali e la progettazione standard su vasta scala nelle diverse realtà del territorio.

Grazie all'assunzione istituzionale della Provincia di Varese sono stati reclutati per la rete territoriale 10-12 Comuni candidati alla realizzazione di altrettanti progetti locali, con un investimento globale previsto intorno ai 17-20 milioni di Euro, a fronte di centinaia di unità abitative.

Gli outcome attesi dalla realizzazione del progetto sono focalizzati prima di tutto sulla riproducibilità dell'esperienza, quindi sulla validazione dei processi e dei protocolli, sulla loro efficacia operativa e sull'"esportabilità" del metodo in situazioni sociologicamente diverse.

In ogni caso la verifica più sostanziale sarà la constatazione critica dell'impatto con la realtà territoriale di un livello di progettazione che finora è rimasto confinato alla ricerca e alla sperimentazione emblematica ma che solo ora, per la prima volta, si misura con la riproduzione sistematica su vasta scala di una programmazione istituzionale.

## BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Luoghi e forme di vita per gli anziani di domani*, èrès, 2000.

AAVV, *Vivere e "curare" la vecchiaia nel mondo. Volume 2: Vivere la vecchiaia - L'occidente e la modernizzazione*, Erga edizioni, 2002.

AA.VV., *Vivere e "curare" la vecchiaia nel mondo. Volume 3: La vecchiaia nel mondo*, Erga edizioni, 2002.

Argoud D, Caussanel S, Gallard L, Hote J M, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse - De l'innovation à la pérennisation*, CLEIRPPA, 1997.

Borselli I, *Simulazione intelligente e interattiva di un ambiente demotico orientata ai disabili*, Tesi di Laurea, Politecnico di Milano, 1999.

Carlson A, *Où vivre vieux? - Quel éventail de cadre de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Fondazione Re Baldovino, 1998.

Dehan P, *L'habitat des personnes âgées - Du logement adapté aux établissements spécialisés*, Le Moniteur, 1997.

Goldberg A, *Les structures innovantes pour l'hébergement des personnes âgées*, ed. de l'ORSIF, 1995.

Micheli GA, *La nave di Teseo. Anziani: identità nel cambiamento*, F. Angeli, 2002.

Micheli GA, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Franco Angeli, 2004

Predazzi M, Vercauteren R, Loriaux M *Verso una società per tutte le età. Volume 1: Architetture contro la discriminazione per l'habitat del terzo millennio*, Il Melo Centro di Cooperazione Sociale, 2000.

Somalvico M, *Intelligenza Artificiale*, Studium, 2000.

## Il centro diurno integrato per anziani “Costa Bassa”: analisi storica della popolazione raggiunta

**Fabrizio Giunco**

*Coordinatore dei servizi sanitari del Centro geriatrico polifunzionale San Pietro, Monza*

**Chiara Perrone**

*Geriatra, Centro diurno integrato “Costa Bassa”, Monza*

**Luisa De Capitani**

*Terapista della riabilitazione, Centro diurno integrato “Costa Bassa”, Monza*

**I**l centro diurno per anziani Costa Bassa è attivo dal 1983. È stata una delle prime esperienze italiane e lombarde di servizio semiresidenziale per anziani. Nato come centro di aggregazione per anziani soli, autonomi o con iniziale perdita dell'autonomia, ha progressivamente modificato la sua configurazione e i suoi obiettivi per adeguarsi all'evoluzione delle richieste e della normativa. Dal 2004 è accreditato presso la Regione Lombardia come Centro diurno integrato. La struttura è accolta in uno stabile storico del Parco di Monza, il più grande parco cintato europeo. La cornice è quella di un ambiente naturale, godibile per tutto l'anno, appena disturbato dal rumore dei motori del vicinissimo autodromo nazionale, connaturato con la storia della città e con la cultura di molti degli anziani ospiti, soprattutto di quelli di sesso maschile. Lo stabile fa parte del complesso di edifici funzionali alle esigenze della famiglia reale e della sua servitù, architettonicamente omogeneo alla più nota Villa Reale del Piermarini. L'edificio è stato progressivamente ristrutturato per adattarlo agli standard regionali e alle esigenze degli anziani, compatibilmente coi vincoli dettati dalla Sovrintendenza alle Belle Arti e dall'Amministrazione del Parco di Monza. È stato quindi necessario operare in modo conservativo, superando le molte barriere architettoniche con soluzioni leggere o rimovibili. La ristrutturazione ha incluso la realizzazio-

ne in esterni di un “giardino Alzheimer”, arricchito delle soluzioni necessarie a favorire il libero uso da parte di anziani con deterioramento cognitivo, limitazioni sensoriali e disabilità motorie. Oltre allo studio delle pendenze, dei raccordi e delle superfici calpestabili, il giardino include luoghi di interesse e sosta, fra cui un orto e aiuole realizzate su tavoli rialzati, accessibili anche a persone in carrozzina.

### **G**ESTIONE, PERSONALE, OBIETTIVI

Il centro è gestito dalla cooperativa sociale La Meridiana, in virtù di un contratto di comodato d'uso con l'Amministrazione comunale di Monza. Il personale risponde ampiamente agli standard previsti dalla Regione Lombardia; oltre al coordinatore, che opera nel centro a tempo pieno, sono impegnati due educatori, un operatore socio-sanitario (OSS), tre ausiliari socio-assistenziali (ASA), un medico, un'infermiera professionale, una terapeuta della riabilitazione e una addetta alla cucina. L'organico è completato da volontari impegnati nelle attività di animazione e arricchimento relazionale, nei laboratori, in servizi logistici e di manutenzione o nei servizi di trasporto. Tutto il personale - dipendente, professionale o volontario - è coinvolto nelle attività di équipe e condivide l'esigenza

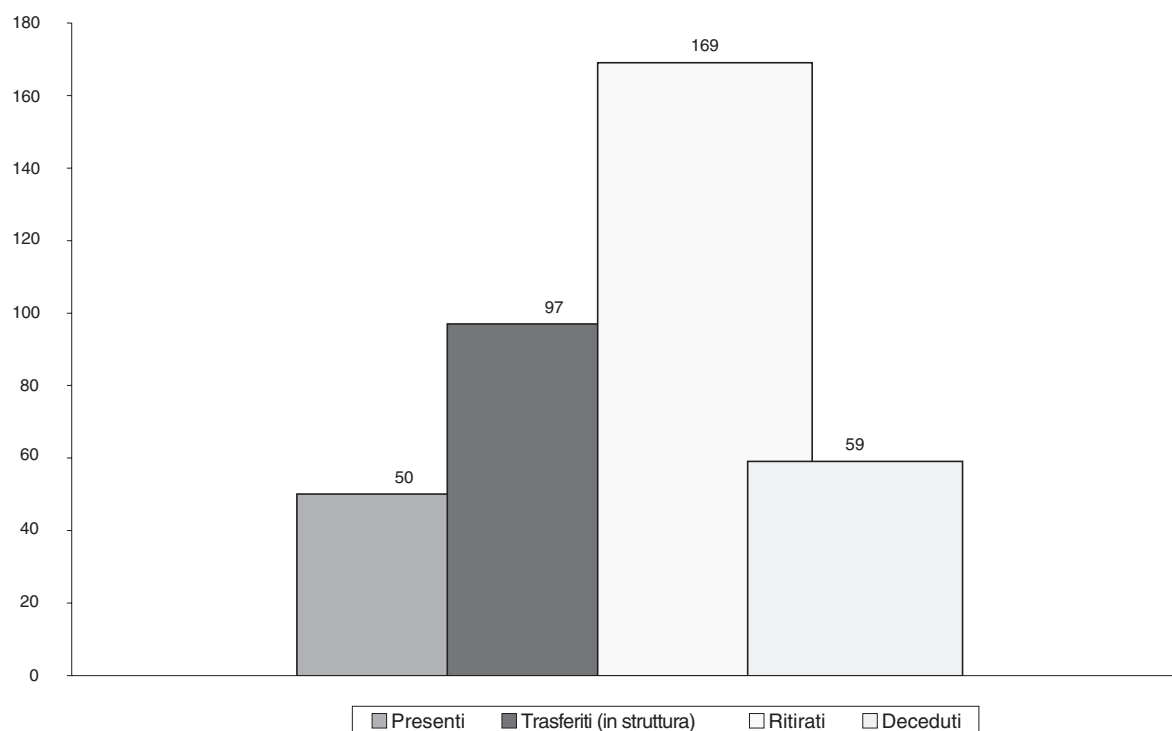
## ESPERIENZE

di coniugare le competenze specifiche con l'impegno verso l'ascolto e il sostegno relazionale degli anziani incontrati. Il mix fra operatori professionali e volontari non è di immediata attuabilità, ma garantisce la diversificazione dei punti di vista e la ricerca di un equilibrio condiviso fra interventi tecnici e contenuti affettivi e relazionali. Una quota significativa dei volontari del centro è costituita da persone a loro volta anziane, desiderose di rimettersi in gioco e valorizzare le proprie risorse in termini di servizio e di produttività sociale. L'attività formativa è intensa e ormai consolidata, soprattutto riguardo il tema delle sindromi di demenza e della gestione non contenitiva delle anomalie del comportamento. Tutti gli operatori si rifanno ai principi del metodo "Gentle Care"; la stessa Moira Jones ha visitato il Centro e ha tenuto uno stage per i suoi operatori e collaboratori; i suoi giudizi e consigli sono stati accolti e hanno condizionato l'ulteriore evoluzione degli interventi architettonici e delle soluzioni gestionali. Gli anziani con demenza hanno oggi a disposizione spazi, operatori e programmi dedicati. Gli obiettivi generali del centro sono quelli previsti dalla normativa regionale, arricchiti dall'esperienza specifica della cooperativa e dei suoi operatori, dal desiderio di tutelare in modo privilegiato la qualità di vita degli ospiti e di valorizzare le loro risorse residue. Obiettivi ulteriori sono quelli di alleggerire la solitudine e il rischio di isolamento delle persone anziane sole o prive di un significativo sostegno di comunità, prevenire l'istituzionalizzazione impropria ed offrire soluzioni tecniche specifiche a esigenze particolari, ad esempio di tipo riabilitativo o di adattamento funzionale alla vita quotidiana.

### SOSTENERE I CAREGIVER

Il tentativo resta quello di offrire soluzioni ragionevoli e amichevoli a esigenze per loro natura complesse, coniugando la correttezza tecnica con un modello organizzativo orientato alla persona. Particolare attenzione viene prestata a sostenere l'azione di eventuali *caregiver* e, soprattutto nel paziente con demenza, a non appesantire con proposte o interventi non sostenuti da adeguate evidenze scientifiche gli oneri già elevati del processo di assistenza domestica. Sono noti, ad esempio, il pericolo di indurre false aspettative, aggravare l'insicurezza delle persone o colpevolizzare impropriamente familiari già a rischio di sovraccarico

emotivo. Questa impostazione è stata recentemente confermata dalla letteratura. La revisione dell'American Association of Neurology sulla gestione del malato con demenza ha segnalato come i day hospital geriatrici gestiti in modo tradizionale sembrano facilitare il sovraccarico assistenziale e lo stress dei caregiver; al contrario i centri diurni a maggiore caratterizzazione sociale sembrano in grado di alleggerire lo stress e il carico di lavoro dei familiari (Doody, 2001). Il motivo è probabilmente collegato alla ridotta efficacia delle soluzioni tecniche proponibili – farmaci e modelli riabilitativi hanno in quest'ambito efficacia ridotta o assente - ma anche all'impegno logistico che esse determinano: ricordarsi gli appuntamenti, spostare il familiare, gestire gli adempimenti burocratici connessi, somministrare farmaci, adempiere a compiti. La sensazione di inadeguatezza dei familiari può così essere aggravata: il caregiver può attribuire a sé e ai propri limiti la ridotta efficacia delle soluzioni, soprattutto se l'équipe curante assume un atteggiamento indagatorio o superficialmente direttivo. Nel complesso, il carico assistenziale e la tenuta emotiva del sistema familiare sembra più spesso aggravato, invece che alleggerito, dalle prescrizioni sanitarie ricevute o dai trattamenti consigliati. Anche per questo motivo, il dibattito interno al gruppo di responsabili e operatori del Centro Costa Bassa è orientato a sottolineare il carattere di strumento intermedio o mezzo, e non di fine, delle soluzioni proposte, rispetto al privilegio dei desideri e dei contenuti emotivi della persona. Un recente confronto fra esperienze europee ha confermato come l'esperienza dei centri diurni, nella fattispecie di quelli tedeschi, sembra interagire positivamente con lo stress dei caregiver e, ancora di più, con la sensazione di isolamento sociale della persona e del suo gruppo familiare. Altre esperienze in grado di intercettare uno o più dei determinanti dello stress e del sovraccarico dei caregiver sono elencate nella tabella 1. Le esperienze più efficaci nel ridurre il sovraccarico dei caregiver informali appaiono quelle dei Group living e Cantou svedesi e francesi. Importanti anche le ricadute dei servizi domiciliari di tipo sociale. Meno efficaci in proporzione, ma comunque utili, i ricoveri di sollievo. Gli Expert Centres sembrano influenzare positivamente la depressione o il sovraccarico assistenziale (Colvez, 2002). In questo senso i programmi in atto e quelli futuri della Cooperativa vanno verso l'ulteriore articolazione delle soluzioni proposte; il gruppo gestisce già, oggi, una RSA, un



**Figura 1** - Analisi storica della popolazione del CDI Costa Bassa: stato attuale degli ospiti registrati in archivio

**Tabella 1** - Esperienze europee di sostegno al caregiver del malato con demenza

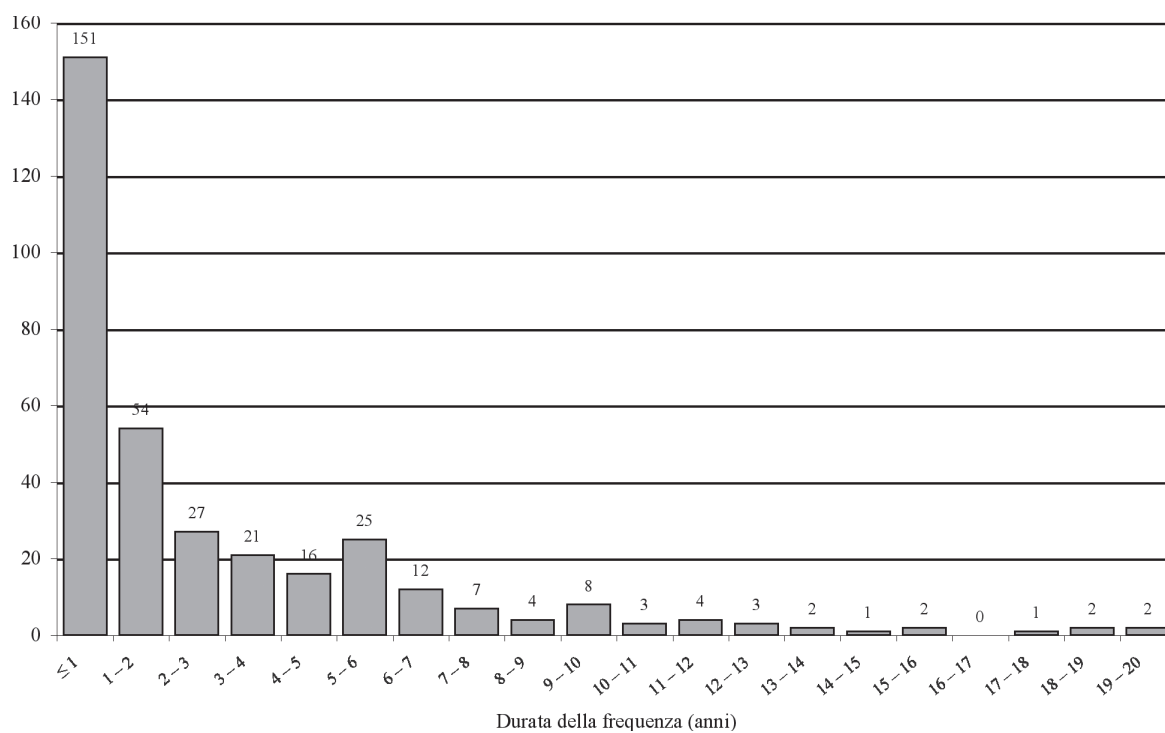
Programmi confrontati	Paese
Home social services	Danimarca
Day centres	Germania
Expert Centres	Belgio, Spagna
Group Living/Cantou	Svezia, Francia
Respite hospitalization	Francia

Fonte Colvez A, 2002

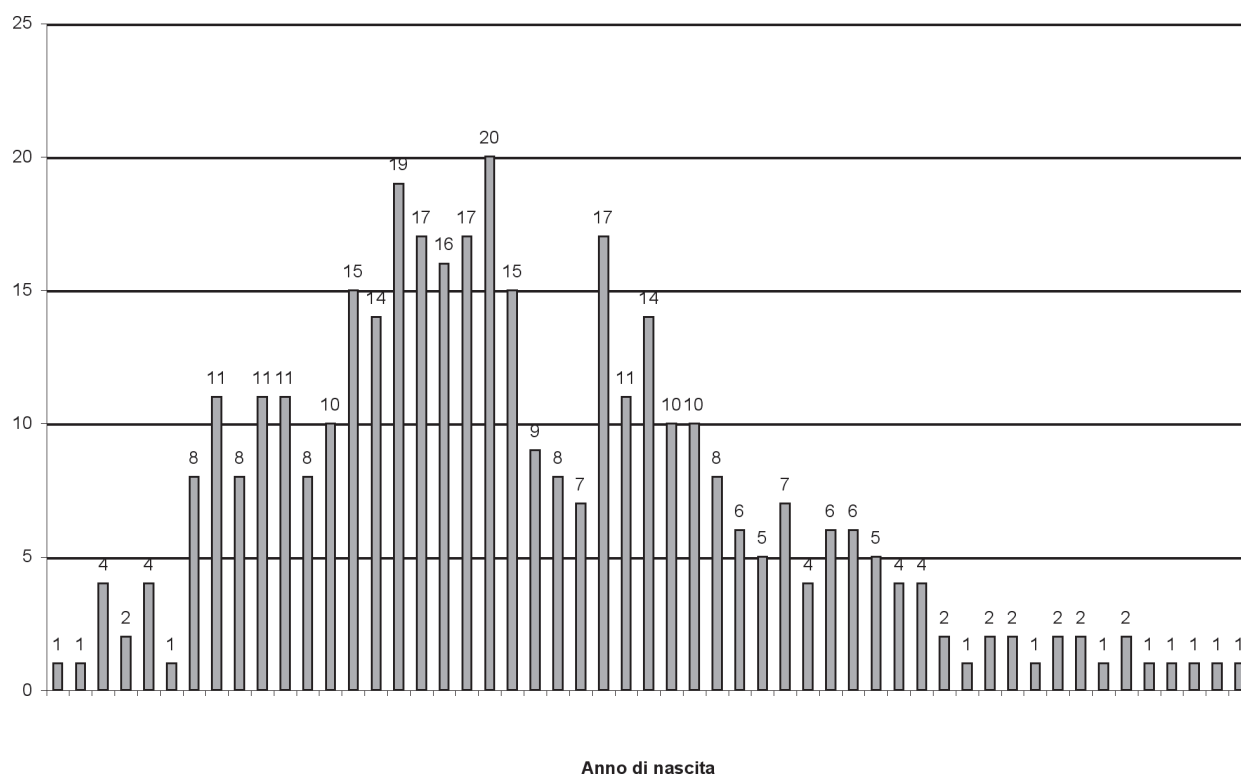
secondo centro diurno integrato specializzato nel sostegno alla persona con malattia di Parkinson, i 40 mono e bilocali protetti dell'Oasi San Gerardo e diverse attività di aggregazione e di animazione sociale. A breve questi interventi saranno integrati da una rete di servizi domiciliari di tipo sociale e socio-sanitario per anziani portatori di disabilità e esigenze sanitarie anche complesse e di servizi di prossimità per anziani fragili a rischio di confinamento.

## L'EVOLUZIONE STORICA DELLA POPOLAZIONE ACCOLTA

Rispetto ai primi anni di apertura il centro è andato incontro a una modificazione sostanziale della popolazione di riferimento, solo in parte giustificata dall'evoluzione del contesto normativo. Dal 1983 ad oggi Costa Bassa ha accolto 375 anziani. La figura 1 riassume l'esito di tale accoglienza. 97 di essi (il 25,9% del totale) sono stati accolti in RSA successivamente alla frequenza del CDI; nei restanti casi la frequenza è ancora in atto, è cessata per il decesso della persona (15.7%) o per la prosecuzione solo domiciliare del piano di cura (45.1%). E' la conferma indiretta del fatto che il CDI non si colloca in posizione intermedia rispetto alla storia naturale di persone anziane fragili o dipendenti, dopo un periodo di assistenza domiciliare e prima dell'istituzionalizzazione, ma al contrario tende a precedere la gestione delle fasi più gravi della loro storia naturale, destinata a concludersi entro i confini della casa – con o senza l'intervento di servizi formalizzati o di altre forme di sostegno domiciliare – o della RSA. La seconda osservazione è che quest'ultima ipotesi riguarda una proporzione minoritaria della



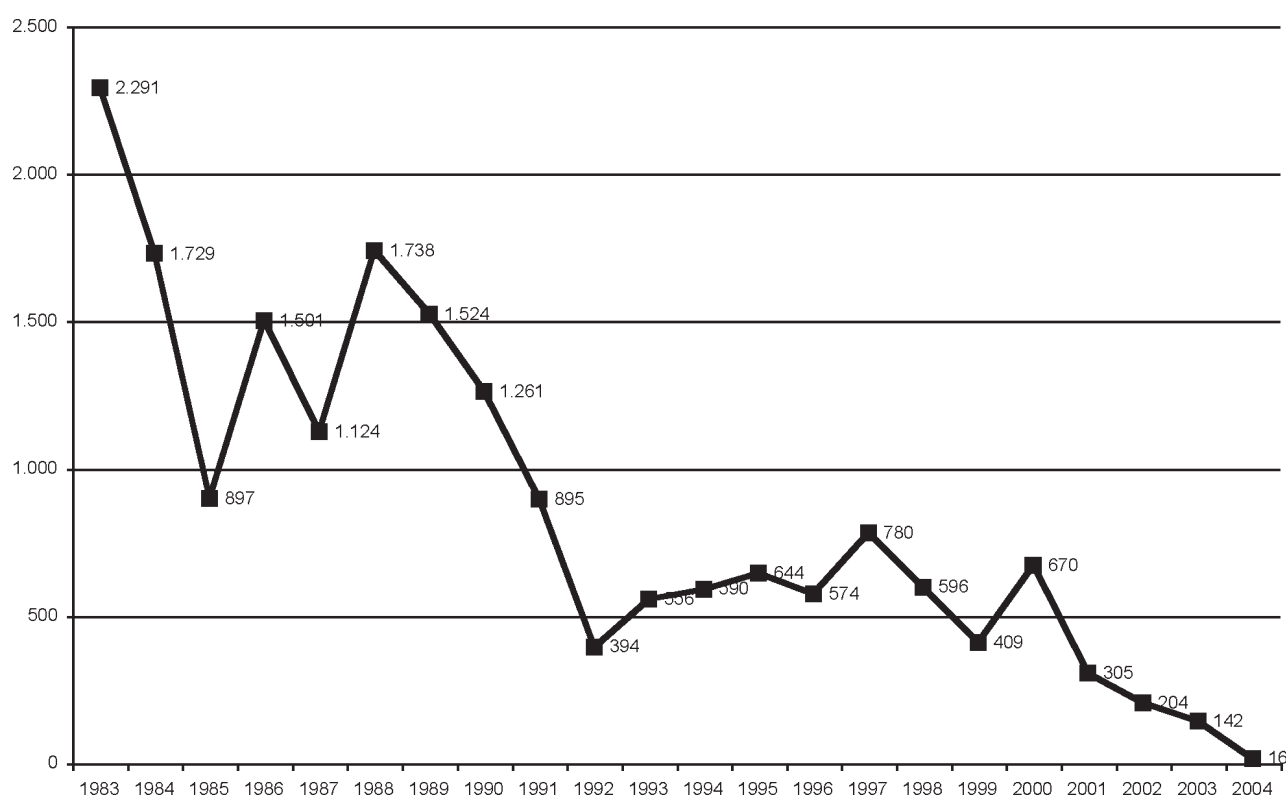
**Figura 2 -** Analisi storica della popolazione del CDI Costa Bassa: durata della frequenza (in anni)



**Figura 3 -** Popolazione storica del CDI Costa Bassa: distribuzione per anno di nascita degli ospiti registrati (popolazione totale)

**Tabella 2** - Analisi storica della popolazione del CDI Costa Bassa: durata della frequenza in giorni (popolazione totale)

Giorni di frequenza	Totale (373)	M (102)	F (271)
Media	1078 ± 1354	802 ± 1251	1182 ± 1378
Minimo	1	1	1
Massimo	7053	7053	7023
Mediana	519	277	673
Moda	366	16	366

**Figura 4** - Andamento della durata media dell'accoglienza (media giorni di frequenza per anno). Solo casi già dimessi o deceduti.

popolazione che ha frequentato il CDI: oltre tre quarti di essa conclude la propria esperienza di vita entro i confini della propria abitazione. La tabella 2 descrive la durata media della frequenza, espressa in giorni, per la popolazione totale e per maschi e femmine separatamente; come prevedibile, la durata della frequenza media è maggiore nella popolazione femminile. La figura 2 descrive graficamente la stessa durata espressa in anni e per la popolazione totale. Complessivamente il 78% degli anziani che hanno frequentato Costa Bassa lo hanno fatto per meno di 5 anni, il 16,2% per un

periodo compreso fra i 5 e i 10 anni, il 3,8% per 10-15 anni e il 2% per più di 15 anni. Esistono quindi anziani che frequentano il Centro dalla sua apertura, come anziani che sono oggi figli o figlie di ospiti della prima ora. L'intersezione dell'attività del centro con la storia e i progetti di vita delle persone e delle famiglie incontrate è quindi significativa e meritevole di attenzioni dedicate. La figura 3 riassume la distribuzione degli anni di nascita degli ospiti registrati nell'archivio storico. La tabella 3 l'età all'ammissione e alla dimissione degli ospiti. L'età media all'ingresso è prossima ai 76

## ESPERIENZE

**Tabella 3** - Età all'ammissione e alla dimissione della popolazione totale che ha frequentato o frequenta il CDI Costa Bassa

Età all'ammissione	Totale (373)	M (102)	F (271)
Età media	76,3 ± 9,9	74,6 ± 11,0	76,9 ± 9,4
Età minima	27,3	39,6	27,3
Età massima	98,5	92,7	98,5
Mediana	77,8	77,0	78,0
Moda	79,7	75,0	79,7
Età alla dimissione (Totale)	Totale	M	F
Età media	79,2 ± 9,7	76,8 ± 10,5	80,2 ± 9,3
Età minima	28,0	47,0	28,0
Età massima	99,9	93,1	99,9
Mediana	80,8	78,8	81,4
Moda	80,8	#N/D	80,8

**Tabella 4** - Distribuzione per età degli ospiti che attualmente frequentano il CDI Costa Bassa

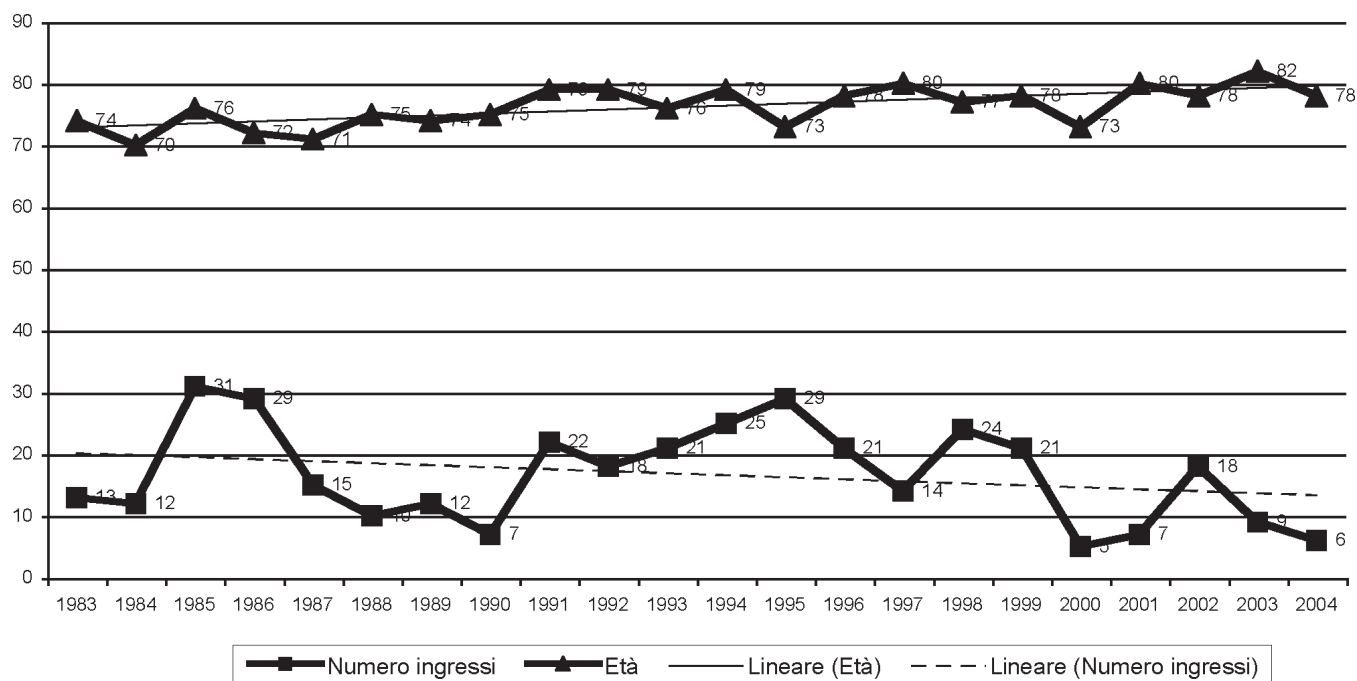
Età	N.	%
<65	3	6
66-75	7	14
76-84	30	60
85+	10	20

anni, quella alla dimissione agli 80. La dispersione è evidente e prevedibile. A parte l'accoglienza di alcune persone di età giovanile o adulta, con problemi di adattamento sociale, ritardo mentale o disabilità, l'estremo superiore alla dimissione ha sfiorato i 100 anni. La figura 4 descrive l'andamento della durata media dell'accoglienza, espressa come media dei giorni di frequenza dall'inizio dell'ammissione alla sua fine; la popolazione è divisa per anno di inizio della frequenza ed è calcolata sulla sola quota parte non più presente nel centro; il dato descrive quindi l'andamento delle accoglienze delle persone che hanno già esaurito, per diversi motivi, la finestra di frequenza del CDI. Emerge una progressiva riduzione della durata media dell'accoglienza, che riflette probabilmente l'evoluzione della natura delle esigenze e dell'organizzazione del centro; da centro di aggregazione per anziani soli e con iniziali limitazioni dell'autonomia, a struttura di riferimento

per anziani con crescenti limitazioni funzionali. Gli anni cruciali per tale evoluzione appaiono quelli a cavallo del 1990, ma anche il periodo successivo al 2000 sembra caratterizzato da una frequenza media più ridotta; essa sembra stabilizzarsi intorno ad una durata tendenzialmente inferiore all'anno, rispetto alla frequenza decisamente pluriennale degli anni precedenti. La figura 5 riassume l'evoluzione nel tempo dell'età media all'ammissione degli ospiti del centro, e quella del numero di nuove ammissioni per anno. Entrambi dimostrano una modesta evoluzione della tendenza, rispettivamente verso l'aumento e verso la riduzione, ma certamente meno decisa rispetto a quella della durata media dell'accoglienza. In genere, l'età media degli ospiti sta lentamente aumentando mentre il numero di nuove ammissioni per anno, e il conseguente turnover degli ospiti, sta lentamente riducendosi.

### LA POPOLAZIONE ATTUALE

La popolazione che attualmente frequenta il centro è complessivamente di 50 persone, 28 delle quali vivono sole, 3 con una operatrice domestica e 19 con altri familiari. 4 persone ricevono anche le prestazioni del servizio di assistenza domiciliare del comune di residenza, 11 quelle di operatori domiciliari appartenenti a servizi privati. 42 utenti pagano in proprio la retta del centro, mentre 8 sono sostenuti in tutto o in parte dal proprio comune. La tabella 4 descrive la distribuzione



**Figura 5** - Evoluzione nel tempo dell'età media all'ammissione degli ospiti del CDI Costa Bassa e del numero di nuove ammissioni per anno di apertura (popolazione totale)

per età degli ospiti. 20 persone sono attualmente in lista di attesa. Rispetto alle funzioni della vita quotidiana il 36.3% della popolazione attuale ha un punteggio IADL compreso fra 1 e 4 e il 15.9% mostra la perdita totale dell'autonomia quotidiana di tipo strumentale; il 27.2% ha invece un punteggio ADL uguale o inferiore a 2. Solo un quarto della popolazione attuale mostra piena autonomia nelle funzioni quotidiane di base. La proporzione di ospiti con livelli più o meno elevati di deterioramento cognitivo è significativa. Il MMSE corretto per età e scolarità ritorna un punteggio uguale o inferiore a 8 per 6 ospiti, compreso fra 8 e 24 per 22 ospiti e superiore a 24 per altri 20. 13 pazienti sono in trattamento riabilitativo individuale per problemi neurologici, ortopedici o per le conseguenze di traumi recenti. 11 sono gli anziani affetti da diabete mellito, 2 dei quali in trattamento insulinico, e 28 quelli in trattamento antiipertensivo continuativo.

## CONCLUSIONI

I dati riportati descrivono l'evoluzione storica di un centro diurno per anziani. Da una gestione essenzialmente orientata a offrire sostegno e compagnia a anziani soli o

in situazioni di isolamento sociale, la tendenza attuale sembra quella verso la progressiva prevalenza di una popolazione più complessa e con una valenza più alternativa al ricovero in RSA o alla presa in carico da parte dei servizi domiciliari formalizzati di tipo sociale o sanitario. I due sottogruppi in parte si sovrappongono e sono entrambi ancora presenti, in funzione anche delle caratteristiche del centro, della sua storia e delle esigenze della comunità. La popolazione attuale riflette comunque quella prevista dalla DGR 22 marzo 2002 n.7/8494 che descrive le regole di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei CDI attivi sul territorio della Regione Lombardia, e che fa riferimento a una popolazione con compromissione dell'autosufficienza, affetta da pluripatologie cronicodegenerative oppure (od anche) sola e con un discreto livello di autonomia ma a rischio di emarginazione dalle cure. La delibera fa anche riferimento a sottogruppi di anziani inseriti in un contesto familiare o solidale, ma per i quali l'assistenza domiciliare risulta insufficiente o troppo onerosa.

## BIBLIOGRAFIA

AA.VV. Demenze e medicina generale. Dossier: Ricerca & Pratica 2001; 3: 87-160.

*ESPERIENZE*

Colvez A. Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy* 2002;60(3):219.

Dello Buono M. Community care for patients with Alzheimer disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. *Int J Geriatric Psychiatry* 1999; 14(11):915-24.

Doody RS. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1154-1166.

Giunco F. (a cura di). *Anziani e centri diurni. Una metodologia dall'esperienza.* Milano, Franco Angeli, 1994.

### Fragilità della pelle, fragilità della persona

Alberto Apostoli<sup>1,2</sup>, Claudia Caula<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, GRG

<sup>2</sup>Infermiere A.I.S.Le.C.

**L**a definizione «*persona anziana-persona fragile*» tratteggia le piccole, grandi problematiche dell'invecchiamento: i ridotti meccanismi di compenso e di difesa di fatto rendono la persona anziana più vulnerabile. Anche la pelle non sfugge a questo principio. Anzi, incarna concretamente il significato di "fragilità". Basta il più banale, quotidiano dei gesti, come girare una persona nel letto, aiutarla a indossare la camicia, togliere un cerotto, rilevare la pressione, urtare il pedale della carrozzina, ed ecco che la pelle si taglia come carta velina... La conseguenza è una Lacerazione Cutanea (LC), una lesione frequente soprattutto fra gli anziani istituzionalizzati, ma di cui si parla poco.

Nell'articolo sono analizzati i meccanismi che portano alla formazione delle LC (o *skin tears*), come individuare la persona a rischio, le manovre assistenziali da evitare, e le indicazioni terapeutiche alla luce della letteratura più recente.

#### QUESTE PICCOLE, GRANDI FERITE

È stato stimato che le lesioni cutanee, incluse le LC, rappresentano il 15% degli accessi al Pronto Soccorso (Leaman, 1991). E secondo l'esperienza di alcuni autori si tratterebbe comunque di una stima parziale, dato che spesso i pazienti non vanno al Pronto Soccorso

reputando una LC solo "una ferita minore". Se ciò non bastasse, sono oltre 1,5 milioni le LC che si verificano ogni anno nelle strutture residenziali per anziani (Baranoski, 2000). Uno studio del 1991 in una struttura assistenziale con 347 posti-letto ha riportato una percentuale di *skin tears* pari al 41.5% di tutte le ferite.

Una LC può essere definita come l'interruzione della continuità dei tessuti di rivestimento, il cui risultato è una lesione recente caratterizzata dal tipico lembo (o *flap*) di forma triangolare. Le LC si riscontrano con particolare frequenza nei soggetti anziani, in quanto le modificazioni che avvengono a carico della cute – in particolar modo, la perdita di coesione fra epidermide, derma e tessuti sottocutanei – fanno sì che anche una minima forza meccanica sia in grado di provocare lo strappamento della pelle, inducendone la lacerazione.

Le forze contusive possono esercitare sui tessuti un'azione di trazione (o strappamento) e/o schiacciamento; le caratteristiche generali delle LC possono essere così sintetizzate:

1. I margini si presentano irregolari in quanto la lacerazione della cute segue le linee di minor resistenza.
2. Raramente i margini della lesione si sovrappongono perfetta-

mente a causa della retrazione dei tessuti, tanto più evidente quanto maggiore è lo scollamento.

3. Spesso è presente la contusione dei bordi con infiltrazione ematica del fondo.

Quando in seguito a una LC i tessuti si strappano in lembi, i vasi sanguigni vengono recisi e l'apporto di sangue interrotto, rendendo la cute ischemica (Cockerill & Sweet, 1993). I tessuti possono essere contusi e in breve diventare edematosi. Dopo il sanguinamento iniziale, che può essere anche molto abbondante, segue la produzione di una moderata quantità di essudato sieroso per circa tre giorni. Le sedi di localizzazione più frequenti sono gli arti superiori (mani e braccia) e inferiori (area pretibiale); tuttavia sono a rischio anche altre zone, come sacro e natiche: in questo caso è importante fare una corretta diagnosi differenziale, poiché data la sede le LC possono essere scambiate per Lesioni da Decubito di stadio II.

#### CHI RISCHIA LA PELLE?

L'età avanzata, la fragilità cutanea connessa all'invecchiamento, l'utilizzo di presidi per la deambulazione assistita, il decadimento cognitivo/sensorio, la terapia a lungo ter-

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

mine con corticosteroidi, rappresentano i principali fattori di rischio per le LC (Baranoski, 2000). In base alla nostra esperienza professionale, segnaliamo anche la concomitanza fra l'assunzione di anti-coagulanti e la formazione di LC. È stato dimostrato che i soggetti anziani completamente non autosufficienti che richiedono un'assistenza totale per le attività di vita quotidiane (ADL) costituiscono la categoria più a rischio. Paradossalmente le persone anziane valutate autosufficienti e deambulanti costituiscono la seconda categoria maggiormente a rischio, seguiti da coloro con deficit visivi (Baranoski, 2000).

Circa la metà delle LC si verifica in seguito all'incauta rimozione di cerotti, a eventi traumatici accidentali, quali cadute, collisioni contro la carrozzina o altri oggetti durante la deambulazione o i trasferimenti (Small, 2000), ma non solo: perfino le più comuni attività giornaliere, come la vestizione, il bagno, gli spostamenti nel letto, sono in grado di innescare le forze di taglio o frizione finendo per produrre un danno cutaneo.

### **LE LACERAZIONI PRETIBIALI, UN CAPITOLO A PARTE**

La maggior parte delle LC che si verificano a carico degli arti inferio-

ri interessano l'area antero-tibiale del terzo inferiore della gamba di soggetti anziani; infatti con l'invecchiamento la cute che sovrasta la tibia diventa più sottile e anelastica, la vascolarizzazione spesso è deficitaria (Flanagan, 1997), rendendo la cute più suscettibile alle contusioni e predisponendola a questo tipo di lesioni.

Non da ultimo, spesso nei soggetti anziani il ritorno venoso è compromesso, con conseguente edema degli arti inferiori. L'edema agisce sia nei meccanismi di formazione delle LC, rendendo più tesa una cute già cute atrofica e sottile, sia ostacolandone la guarigione (Jones & Sanders, 1983).

Le lacerazioni pretibiali vedono protagonista in proporzioni significativamente rilevanti la popolazione femminile (Tandon e Sutherland, 1973, cit. in Jones & Sanders, 1983); si ritiene che la differente incidenza fra i sessi da una parte rifletta l'aumentata longevità delle donne rispetto agli uomini, e dall'altra la maggiore protezione offerta dai pantaloni rispetto alle calze collant (Foroughi & Nouri, 1990). Inoltre l'assottigliamento dell'epidermide che viene riportato dopo i 70 anni appare più consistente nelle donne che negli uomini, complice la menopausa (Richey et al, 1988).

Oltre all'età e al sesso, un altro fattore di rischio molto comune per

le lacerazioni pretibiali è l'assunzione a lungo termine di steroidi che esercitano un influsso doppiamente negativo. Infatti tendono a inibire la sintesi di collagene, determinando l'atrofia della cute (Norman et al, 1980), ed è dimostrato che sopprimono la risposta infiammatoria, ritardando la riparazione tessutale (McCulloch et al., 1995; Hunt et al., 1969).

La combinazione di tutti questi elementi, compresa la particolarità della sede anatomica in cui insorgono le lacerazioni pretibiali, interferisce con la progressione del normale processo di riparazione tessutale (Shankar & Koo, 1987). In questo contesto, non risulta strano che alcuni Autori (Jones & Sanders, 1983) suggeriscano che tra tutte le ferite dei tessuti molli questo tipo in particolare è il più difficoltoso da trattare; in letteratura è segnalato e nella pratica clinica gli Autori hanno riscontrato che queste lesioni tendono a evolvere in ulcere croniche degli arti inferiori (Shankar & Koo, 1987), impiegando mesi di trattamento per guarire (Grant, 1993).

### **LA PREVENZIONE: LE STRATEGIE ASSISTENZIALI**

Data la complessità della popolazione a rischio, assume un'importanza ancora maggiore minimizza-

re l'incidenza di LC pianificando la prevenzione e l'educazione di pazienti e operatori (Dealey, 1999). (Tab 1)

**Tabella 1** - I soggetti a rischio di contrarre LC

**anziani**  
**pazienti affetti da morbo di Parkinson**  
**pazienti immunocompromessi**  
**utilizzo di steroidi**  
**presenza di malattie dermatologiche**  
**presenza di edemi imponenti**  
**fumo**  
**persone con stato confusionale**  
**predisposizione alle cadute**  
**fattori contribuenti (presidi per la deambulazione assistita, cadute, auto-mutilazioni)**

E' pertanto importante:

- Identificare i soggetti a rischio di sviluppare LC (vedi Tabella 1) segnalandoli sugli strumenti di raccolta dati e di pianificazione assistenziale.
- Prevedere nel protocollo relativo alle cure igieniche un'adeguata cura della cute mediante l'im-

piego di prodotti idratanti ed emollienti, poiché una cute idratata e nutrita è meno predisposta alle lacerazioni. *I prodotti in crema sono più indicati delle lozioni.*

- Utilizzare corrette tecniche di posizionamento, evitando di esercitare trazione sugli arti; durante i trasferimenti, sollevare il soggetto per prevenire le forze di taglio e frizione. È consigliabile usare una traversa o un telino anti-frizione per riposizionare i pazienti nel letto.
- Assicurarsi che il personale sanitario e socio-assistenziale comprenda l'importanza di una delicata e attenta manipolazione dei soggetti anziani con fragilità cutanea. Una manovra brusca o una presa troppo energica possono provocare una LC. Il personale che presta assistenza diretta non dovrebbe indossare anelli, braccialetti, ecc, che potrebbero causare involontarie LC.
- I manici delle padelle, i braccioli e i pedali delle carrozzine e ogni altra attrezzatura usata per i soggetti a rischio dovrebbe essere protetta/imbottita per evitare che il soggetto urti accidentalmente contro una superficie contundente.
- È consigliabile far indossare ai soggetti a rischio pantaloni e abiti a maniche lunghe per assicura-

re uno strato di protezione.

- Creare un ambiente sicuro e protetto per minimizzare il rischio dei pazienti di cadere, sbattere contro mobili, ecc.
- Non applicare cerotti o altre medicazioni adesive (film in poliuretano, idrocolloidi, ecc) direttamente su cute fragile. Preferire medicazioni non adesive come schiume in poliuretano, alginati, medicazioni a bassa aderenza, ecc. Assicurarsi che il personale di assistenza dedito al cambio delle medicazioni abbia conoscenze e competenze per una rimozione atraumatica. Ancorare le medicazioni con bendaggio non adesivo o rete elastica tubolare.
- In caso sia indispensabile utilizzare un cerotto, scegliere un tipo di collante non aggressivo applicandolo senza tensione.
- Quando necessario, utilizzare nei pazienti a rischio un ago canula (venflon) per la terapia parenterale, non fissarlo con un cerotto, ma preferire un bendaggio autoaderante non adesivo (es. Bi-Half ®).

### LA CLASSIFICAZIONE DELLE LC

Le LC sono classificate in "lesioni a spessore parziale" quando l'epidermide è separata dal derma, e in "lesioni a tutto spessore" quando

# I LUOGHI DELLA CURA

Abbonamento annuo € 10  
Quadrimestrale



**CIC** Edizioni Internazionali

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688  
abbonamenti@gruppocic.it  
www.gruppocic.it/com

l'epidermide e il derma sono separati dalle strutture anatomiche sottostanti. Non è corretto invece documentare le LC – come spesso avviene – usando la classificazione propria delle Lesioni da Decubito. A questo scopo, sul finire del 1980 Payne e Martin hanno sviluppato un sistema di classificazione specifico. Non esistono dati circa la diffusione di tale sistema di classificazione e nella nostra esperienza questa scala di valutazione risulta sconosciuta ai più. Tuttavia, gli elementi presi in considerazione dagli Autori consentono di valutare dal punto di vista clinico le LC, fornendo indicazioni utili per la selezione del tipo di trattamento più appropriato, e di monitorare la risposta agli interventi terapeutici. In base alla perdita di tessuto occorsa (assente, parziale, totale), le LC vengono suddivise in tre categorie principali. (Tab 2)

### GLI INTERVENTI TERAPEUTICI

Se un soggetto – nonostante la messa in atto di misure preventive – sviluppa una LC, è stato dimostrato che per avere un accettabile tasso di guarigione queste lesioni necessitano innanzitutto di essere valutate precocemente (entro 6 ore dall'evento), oltre che di una gestione locale ottimale. Gli interventi terapeutici si divido-

**Tabella 2** - Classificazione di Payne-Martin per Skin Tear (in Baranoski, 2000).

Categoria I	I margini della skin tear possono essere approssimati; non vi è perdita tissutale Tipo A: Lineare Tipo B: Con lembo
Categoria II	Quantità variabile di perdita tissutale Tipo A: scarsa perdita tissutale < 25% Tipo B: moderata perdita tissutale >25%
Categoria III	Perdita tissutale completa; assenza di flap epidermico

**Tabella 3** - La valutazione delle LC

Classificazione (Payne-Martin) Localizzazione (arti superiori o inferiori, altre sedi) Dimensioni (lunghezza, larghezza, profondità) Sanguinamento (assente, scarso, medio, abbondante) Presenza/assenza di flap epidermici vitali Stato trofico della cute perilesionale (fragilità, edema, ecc) Quantità di essudato (assente, scarso, medio, abbondante) Infezione? Lacerazione estesa\ profonda che necessita di riparazione chirurgica? Intervallo fra ferimento e primo soccorso (< di 6 ore, > di 6 ore)
--

no chirurgici o conservativi. La scelta di adottare l'uno o l'altro si baserà sulla valutazione sia delle condizioni della LC sia di quelle del soggetto, in un approccio di tipo olistico alla cura del soggetto e non solo della lesione. È consigliabile indagare l'anamnesi remota, le eventuali allergie, la terapia farmacologica in corso (Pudner, 1997). Condizioni cliniche quali diabete mellito, anemia, malnutrizione, uso di corticosteroidi, sono ben note

per la loro interferenza con il processo di riparazione tissutale (O'Hare, 1998).

La valutazione della LC è di tipo clinico, e include l'eziologia, la data d'insorgenza, le misure di primo soccorso, la superficie d'estensione e la presenza/assenza di flap cutanei vitali (Bradley, 2001). (Tab 3)

La data d'insorgenza della lesione gioca un ruolo determinante nella gestione delle LC, dato che il rischio di infezione è direttamente

proporzionale all'età della lesione (Young, 1997). Si è osservato che nella maggioranza delle LC complicate da infezione, l'intervallo fra ferimento e primo soccorso era superiore a 6 ore, durante le quali la ferita è esposta ad un alto rischio di contaminazione e il flap cutaneo va incontro a disidratazione e conseguente necrosi. L'infezione resta la complicanza più comune e grave di una semplice lacerazione (Moscati et al, 1998, cit. Small, 2000).

La detersione delle LC ha lo scopo di prevenire l'infezione ed eliminare tutti i detriti e i corpi estranei contaminanti (Dealey, 1999). In passato, le soluzioni antisettiche venivano utilizzate di routine per disinfettare le lesioni traumatiche "pulite" allo scopo di ridurre la carica batterica (Pudner, 1997).

Tuttavia, l'uso di tali soluzioni recentemente è stato screditato (Small, 2000). Per poter spiegare la loro azione battericida gli antisettici necessitano di un prolungato tempo di contatto con il letto della ferita; inoltre vengono inattivati dalla presenza di materiale organico come sangue, pus (Miller, 1994 cit. Williams, 1996). Attualmente all'uso di antisettici è da preferire la soluzione salina (0,9% NaCl). Young (1997) raccomanda di irrigare le lesioni esercitando una pressione in grado di rimuovere i detriti dal letto della lesione.

Infine, è raccomandabile verificare lo stato della vaccinazione antitetanica dei soggetti portatori di LC. La profilassi antibiotica viene effettuata di rado, dato che l'antibiotico deve essere somministrato entro 3 ore dal ferimento perché sia di effettivo beneficio (Leaman, 1991).

## IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

La "classica" LC, caratterizzata da un lembo triangolare, generalmente ha un ridotto apporto vascolare. La prima condizione per tentare un'efficace rivascolarizzazione del lembo è che essa sia eseguita in tempi immediatamente successivi al ferimento. L'approccio chirurgico consiste nell'esecuzione di un innesto cutaneo a spessore totale per ricoprire il difetto di sostanza (Mandel, 1981). L'intervento comprende il *debridement* e l'emostasi della ferita, il prelievo da un sito donatore e l'applicazione di una medicazione ad entrambi i siti (McGregor & McGregor, 1995).

Tra le varie metodiche descritte, citiamo quella in cui viene praticato un immediato *debridement* dei tessuti non vitali, seguito da un innesto cutaneo in anestesia generale, con la quale si riporta un tempo medio di guarigione di 27 giorni (Jones & Sanders, 1983). Bundy

et al (1993) hanno dimostrato che questo periodo di tempo può essere ulteriormente accorciato se, dopo l'innesto, viene incoraggiata una precoce mobilizzazione. La mobilizzazione riduce i rischi di trombosi venose profonde e influenza positivamente il senso di benessere (Bradley, 2001).

Il *debridement*, l'innesto cutaneo posticipato oppure un immediato innesto "a rete" in anestesia locale, sono i cardini di due procedure ambulatoriali con un tempo medio di guarigione di 14\24 giorni (Jones & Sanders, 1983). In alcune realtà si richiede un periodo di riposo di oltre 12 giorni con gli arti in scarico. Un simile comportamento non trova giustificazione, non solo per i danni provocati dall'allettamento prolungato, ma anche perché è stato dimostrato che la mobilizzazione precoce nell'anziano non modifica gli esiti dell'innesto cutaneo (Budny, 1993). In alternativa alle precedenti, la metodica proposta da Foroughi e Nouri (1990) sfrutta i lembi cutanei prelevati dall'area lesionata per eseguire un innesto a tutto spessore, con il vantaggio di evitare il trauma di un sito donatore. Il tempo medio di guarigione riportato è di 31 giorni. Tuttavia, l'approccio chirurgico implica l'ospedalizzazione del soggetto, la somministrazione di una anestesia generale o locale, l'allettamento, elementi che pongono

una serie di problemi e dovrebbero essere evitati nei soggetti anziani (Christian, 1983). A ciò si aggiungono le difficoltà sperimentate nella guarigione dei siti donatori che sono molto dolorosi e producono più essudato di una qualsiasi altra lesione superficiale (Fowler & Dempsey, 1998). Inoltre, come Leaman (1991) osserva, nella maggioranza dei casi i portatori di LC non vogliono essere ospedalizzati o sottoposti a un intervento chirurgico. Potrebbe anche accadere che da una parte le condizioni cliniche della LC siano tali da richiedere l'intervento chirurgico, ma che dall'altra lo stato generale di salute del paziente renda controindicato o impraticabile l'intervento stesso.

### **IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO (CON MEDICAZIONI)**

L'approccio conservativo ha come obiettivo di promuovere la guarigione della LC con la minima quantità di trauma possibile per la lesione, ma soprattutto per il paziente. Il trattamento comprende il *debridement*, l'evacuazione dell'ematoma, il riposizionamento dei lembi vitali sulla ferita i quali vengono suturati o meglio ancora fissati con Steristrips® (Bradley, 2001). Marsden (1983) osserva che questo è il protocollo adotta-

to nel Pronto Soccorso, con un tempo medio di guarigione di 25\31 giorni, comparabile a quello di approcci più aggressivi (trattamento chirurgico). È tuttavia innegabile che ci saranno dei casi in cui la perdita tissutale sarà tale da rendere necessario l'innesto cutaneo, ma essi rappresentano una piccola percentuale nella casistica totale (Christian, 1983).

In generale, si può affermare che la strategia più vantaggiosa per gestire una LC è di approssimare i lembi cutanei per realizzare una guarigione per prima intenzione (Dealey, 1999): la rimozione del *flap* cutaneo subito dopo il trauma non solo è un'operazione obsoleta, ma anche priva di fondamento.

Nelle LC è preferibile l'uso di Steristrips® in opposizione alla sutura chirurgica (Jones e Sanders, 1983) la quale tende a mettere in eccessiva tensione i lembi cutanei oltremodo friabili e già traumatizzati, portando alla formazione di tessuto necrotico molle (*slough*) e necrosi dei lembi stessi (Crawford & Gipson, 1977). In particolare, uno studio ha dimostrato che le lacerazioni pretibiali sutureate guariscono più lentamente rispetto a quelle chiuse con Steristrips® (Sutton & Pritty, 1985). Dovrebbe essere lasciato un minimo di spazio tra i vari cerotti allo scopo di consentire il libero drenaggio dell'essudato; è raccomandabile che essi

siano lasciati in situ fino al loro spontaneo distacco (Cockerill & Sweet, 1993) o comunque per un periodo minimo di 7\10 giorni.

Le LC in cui si è verificata una perdita parziale (da media a grande) o totale di tessuto – e cioè appartenenti alla Categoria II e III – guariscono per granulazione e riepitelizzazione attraverso l'uso di medicazioni. In caso di LC non complicata si raccomanda di lasciare la lesione il più indisturbata possibile, mentre una LC infetta ha bisogno di essere detersa e medicata ogni giorno applicando una medicazione antisettica a bassa aderenza (Leaman, 1991). Il trend attuale è quello della guarigione in ambiente umido, poiché è stato dimostrato che i tempi di guarigione sono dimezzati (Cockerill & Sweet, 1993). La ricerca tuttavia deve ancora dimostrare quale sia la medicazione ottimale per le LC.

È stato condotto uno studio (Meuleneire, 1999) su una medicazione non aderente al silicone in LC non complicate appartenenti alla Categoria I e II (erano incluse solo lesioni a minima perdita tissutale). L'Autore afferma che questo particolare tipo di medicazione è in grado di mantenere correttamente il *flap* in posizione evitando l'impiego degli strips adesivi, e di restare in situ fino alla completa guarigione della LC che è dichiarata essere di otto giorni. In caso di LC

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

particolarmente essudanti, l'Autore raccomanda di applicare una compressa assorbente sopra la medicazione al silicone così da assorbire l'essudato il cui eccesso potrebbe causare la fluttuazione del *flap*, impedendo che esso aderisca al letto della lesione e ritardando quindi la guarigione. La compressa assorbente, ancorata con un bendaggio, potrebbe essere cambiata – se necessario – anche una volta al giorno senza rimuovere la medicazione primaria, e quindi senza disturbare il letto della lesione (Meuleneire, 1999).

L'applicazione di bendaggi compressivi in caso di lacerazioni pretibiali, con o senza una componente di insufficienza venosa, viene consigliata quale opzione di trattamento non chirurgico. È in corso uno studio prospettico e comparativo nel quale si ipotizzano tempi di guarigione minori per il gruppo di pazienti nei quali le lacerazioni pretibiali sono trattate con un bendaggio a 4 strati. Se tale ipotesi verrà confermata, si avrebbe una riduzione dei tempi di assistenza e dei costi complessivi di trattamento. Per evitare complicanze – dalla formazione di lesioni cutanee fino all'amputazione dell'arto (Callam et al, 1987) – , prima di applicare il bendaggio si deve indagare il paziente per verificare la presenza di patologie arteriose significative.

### FASE 1. Emostasi e detersione della lesione

1. Irrigare la LC con soluzione salina o un altro detergente non citotossico.
2. Assicurare il controllo dell'emorragia attraverso l'applicazione di una delicata compressione o una medicazione di alginato di calcio.

### FASE 2. Cura del lembo cutaneo

1. Rimuovere qualsiasi coagulo di sangue dalla parte inferiore del lembo cutaneo e del letto della lesione per assicurare un buon contatto tra il lembo ed il letto della lesione quando il lembo viene riposizionato
2. Non tendere la pelle dato che ciò potrebbe causare ulteriori danni (Coleman, 2001).
3. Se sono disponibili *flap* vitali, approssimare i lembi lacerati ricostruendo per quanto possibile il tessuto originario, quindi fissare con Steristrips®. Anche se il lembo non dovesse colmare l'intera lesione, il riposizionamento incrementa le possibilità del suo attecchimento al letto della lesione.
4. Se non sono disponibili *flap* vitali, procedere all'eliminazione dei tessuti devitalizzati.

### FASE 3. La scelta della medicazione

1. Non applicare medicazioni adesive direttamente su cute fragile

in quanto la loro rimozione potrebbe essere fonte di ulteriori lesioni. Preferire medicazioni a bassa aderenza che possono essere ancorate con bendaggi, reti tubolari elastiche, ecc.

2. Quando si procede alla rimozione della medicazione, accertarsi di non interferire con il processo di riparazione e di non danneggiare la cute perilesionale. Particolare attenzione deve essere posta per non disturbare i lembi cutanei riposizionati.
3. Scegliere il tipo di medicazione più appropriato alle condizioni della ferita; la medicazione dovrebbe essere in grado di assorbire l'essudato in eccesso e mantenere il letto della ferita costantemente umido secondo gli attuali principi scientifici.
4. In caso di LC scarsamente essudanti in soggetti con fragilità cutanea, applicare una medicazione a bassa aderenza, oppure a base di idrogel per conferire umidità. Fissare con bendaggio non adesivo o rete tubolare elastica.
5. In caso di LC con essudato scarso o assente e uno stato trofico relativamente buono, applicare un film semipermeabile di poliuretano oppure idrocolloide. Contrassegnare l'esterno della medicazione con delle frecce per indicare in quale direzione rimuovere la medicazione (es., la

direzione opposta a quella in cui il lembo cutaneo si è sollevato) può contribuire a ridurre ulteriori traumi (Coleman, 2001; Everett e Powell 1994).

6. In caso di LC con essudato abbondante e un'estrema fragilità della cute perilesionale, applicare una schiuma di poliuretano non adesiva, alginato, idrofibra, e fissare con bendaggio non adesivo, rete elastica tubolare, ecc.
7. Se vi è il timore che la ferita sia contaminata si raccomanda di osservare la lesione quotidianamente per i primi 5 giorni per escludere l'infezione. Nel caso che le LC mostrino criteri clinici d'infezione (essudato abbondante, area perilesionale eritematosa, calda e dolente) non applicare medicazioni occlusive ma utilizzare medicazioni antisettiche a bassa aderenza da rinnovare quotidianamente.
8. Documentare il tipo/categoria di LC e gli interventi effettuati. Fotografare le LC previo consenso informato del paziente.

### CONCLUSIONI

Il percorso di guarigione di una *skin tear* è influenzato da un'insieme di fattori contestuali, come evidenziato nell'articolo. La gestione di queste lesioni pertanto non

può essere a "senso unico", ma dovrebbe abbracciare un approccio sfaccettato i cui cardini sono una corretta valutazione che si avvalga anche di specifici sistemi di classificazione, nonché di regimi di trattamento standardizzati che tengano conto dei più recenti risultati delle ricerche disponibili, anche se la prevenzione resta come sempre la strategia più efficace.

### BIBLIOGRAFIA

Baranoski S. "Skin Tears: Staying on Guard Against the Enemy of Frail Skin.", *Nursing* 2000, vol. 30, no. 9:41-46.

Bradley L. (2001) "Pretibial lacerations in older patients: the treatment options." *Journal of Wound Care*, 10; 1: 521-523.

Budny PG, Lavelle J, Regan PJ, Roberts AH, Allen C, Glasziou P, Del Mar C.: "Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation." *Lancet*. 1999 Oct 9;354(9186):1229-33

Budny P-G., J. Lavelle, P.J. Regan and A. H. N. Roberts: "Pretibial injuries in the elderly: a prospective trial of early mobilisation versus bed rest following surgical treatment" *British Journal of Plastic Surgery* 1993 Oct; 46(7):594-8

Callam, M.J., Ruckley, C.V., Dale, J.J. (1987) "Hazards of Compression Treatment of the Leg: An Estimate from Scottish Surgeons." *British Medical Journal*. 295: 1382.

Christian M.S. (1983) "Pretibial injuries: a common pitfall." *British Medical Journal*, 286:502

Cockerill J., Sweet A. (1993) "Nursing management of common accident wounds." *British Journal of Nursing*, 2; 11: 578-582.

Coleman, K. 2001, "Practical management of skin tears." *Woundcare Network*, Issue 6.

Everett, S. and Powell, T. 1994, "Skin tears: The underestimated wounds.", *Primary Intention*, Vol. 2, No. 1.

Crawford, B.S., Gipson, M. (1977) "The Conservative Management of Pre-Tibial Lacerations in Elderly Patients." *British Journal of Plastic Surgery*, 30: 174-176.

Dealey C. (1999) *The Care of Wounds: A Guide for Nurses*, Second Edition. Blackwell Science, Oxford.

Flanagan M. (1997) *Wound Healing*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Foroughi D., Nouri D.K. (1990) "Grafting without a donor site: an easy approach to pretibial lacerations." *Journal of the Royal College of Surgeons (Edinburgh)*, 35: 245-247.

Fowler A. Dempsey A. (1998) "Split thickness skin graft donor sites." *Journal of Wound Care*, 7; 8: 399-402.

Grant D.A. (1993) "Treating pretibial lacerations in elderly patients." *British Journal of General Practice*, 43; 369: 174.

Hunt, T.K. (1969) "The Effects of Vitamin A on Reversing the Inhibitory Effects of Cortisone in The Healing Open Wounds." *American Surgery*. 170: 633-641.

Jones B.M., Sanders R. (1983) "Pretibial injuries: a common pitfall." *British Medical Journal*, 286: 502.

Leaman A.M. (1991) "Wound care in the accident and emergency department." *Hospital Update*; 17; 5: 442-448.

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

- Marsden A.K. (1983) "Pretibial injuries: a common pitfall." *British Medical Journal*, 286:502.
- Mandel, M.A. (1981) "The Management of Lower Extremity Degloving Injuries." *Annals of Plastic Surgery*. 6: 1.
- McCulloch, J.M., Kloth, L.C., Feedar, J.A. (1995) *Wound Healing: Alternatives in Management*. F.A. Davis Company, Philadelphia. McGregor, I.A.
- McGregor, A.D. (1995) *Free Skin Grafts. Fundamental Techniques of Plastic Surgery and their Surgical Application*. (9th Ed.). Churchill and Livingstone.
- Meuleneire F. (1999) "Treatment of skin tears with a silicone-coated dressing." *Molnlycke Health Care*.
- O'Hare L. (1998) "A strategy for wound management." *Practice Nurse* 1998, 16; 3: 157-160.
- Norman, L. et al (1980) "Spontaneous skin tearing during systemic corticosteroid treatment." *Journal of the American Medical Association*; 243: 12.
- Pudner R. (1997) "Managing traumatic wounds." *Journal of Community Nursing* 11; 11: 32-37.
- Small V. (2000) "Management of cuts, abrasions and lacerations." *Nursing Standard*, 15; 5: 41-44.
- Richey, M.I., Richey, H.K., Fenske, N.A. (1988) "Ageing-Related Skin Changes: Development and Clinical Meaning." *Geriatrics*. 43: 49-64.
- Shankar, S., Koo, C.T.K. (1987) "Lower Limb Skin Loss: Simple Out-Patient Management." *Archives of Emergency Medicine*. 4: 187-192.
- Small V. Management of cuts, abrasions and lacerations. *Nurs Stand. Review* Oct 18-24; 15(5):41-4, 2000.
- Sutton R. Pritty P. (1985) "Use of sutures or adhesive tapes for primary closure of pretibial lacerations." *British Medical Journal*, 1: 290.
- White, W. 2001, "Skin tears: a descriptive study of the opinions, clinical practice and knowledge base of RNs caring for the aged in high care residential facilities." *Primary Intention*, Vol. 9, No. 4.
- Williams C. (1996) "Irriclen: a sterile wound cleanser in an aerosol can." *British Journal of Nursing*, 5; 16: 1008-1010.
- Young T. (1997) "Wound care in the accident and emergency department." *British Journal of Nursing*, 6; 7: 395-401.

## Dal Sud un modello di residenzialità geriatrica: “Villa Giovanna” di Bari

**Giovanni Bigatello**

*Istituto Geriatrico Ca' d'Industria ed Uniti Luoghi Pii - Como*

**I**talia divisa in due. Anche per quanto riguarda l'assistenza agli anziani – e in particolare la disponibilità di residenze geriatriche – l'assioma è ampiamente accettabile, sia per quanto riguarda l'offerta di posti letto (concentrata nel Nord quasi per l'80%), sia per la qualità dei servizi, sia infine per l'esistenza o meno di una rete assistenziale e di una integrazione tra residenze e territorio.

Contro questa dicotomia va l'esperienza che ci viene inviata dal geriatra pugliese dottor Franco Mastroianni, inerente la residenza per anziani “Villa Giovanna” di Bari. In essa sono riportate le caratteristiche abitative e sanitarie della struttura, le modalità operative in termini di valutazione, di assessment, di raccolta dati, oltre che le caratteristiche socioepidemiologiche della popolazione ricoverata. Purtroppo ragioni di spazio ci impediscono di riprodurre integralmente la comunicazione. Ci pare tuttavia interessante riportarne alcuni dati salienti, sperando che

il dottor Mastroianni non ce ne voglia per l'arbitraria operazione di taglio.

*Villa Giovanna* ospita una popolazione di 300 soggetti, le cui caratteristiche (tabelle 1, 2 e 3) sono assolutamente sovrapponibili a quelle di analoghe strutture del Nord Italia, compresa l'elevata percentuale di soggetti con deficit cognitivo severo.

Meritano attenzione le caratteristiche abitative della struttura, che prevedono ampi spazi per favorire il *wandering* dei soggetti affetti da disturbi comportamentali, e le vaste vetrate che consentono una sorveglianza continua degli ospiti. Grazie a ciò è possibile limitare al massimo l'uso di farmaci sedativi.

Un'altra caratteristica del centro è la forte impronta riabilitativa (70% dei ricoverati). Ciò vale soprattutto per la riabilitazione dei soggetti con frattura di femore. A tal proposito, la percentuale di cadute che hanno determinato la frattura

del femore è stata del 4%, in linea con i dati della letteratura.

Particolare attenzione viene posta alla prevenzione delle lesioni da decubito. Una attenta valutazione del paziente allettato, un esame approfondito dei fattori di rischio e la messa in opera di tutte le misure di prevenzione (alimentazione, igiene, presidi antidecubito) ha consentito di tenere l'incidenza delle lesioni da decubito insorte in struttura sotto il 3 %, mentre la percentuale di ospiti che presentava un decubito all'ingresso è stata del 9 %. Nel centro tutte le lesioni da decubito vengono fotografate ai diversi stadi di malattia; le immagini sono quindi registrate su un supporto informatico e vengono periodicamente analizzate per verificarne l'andamento e per monitorare l'efficacia delle procedure di prevenzione e di terapia. Altro aspetto rilevante è la valutazione dello stato nutrizionale, studiato mediante la somministrazione

**Tabella 1** - Caratteristiche della popolazione

N° ospiti	età media	scolarità media	maschi %	femmine %	deceduti %	rientrati al proprio domicilio %
300	81.3 anni	5 anni	20	80	24	29

## CONTRIBUTI DEI LETTORI

**Tabella 2** - Autonomia funzionale

Indice di Barthel (media)	46 (grave dipendenza)
autosufficienti	10 %
parzialmente autosufficienti	37 %
non autosufficienti	43 %
allettati	10 %

**Tabella 3** - Funzioni cognitive globali

MMSE < 24	52 %
16 < MMSE < 24	25 %
10 < MMSE < 16	17 %
MMSE < 10	58 %
MMSE (media)	11.3 punti

ne del Mini Nutritional Assessment e la valutazione dell'albumina plasmatica.

Come si osserva dalla tabella 4,

quasi la metà degli ospiti presentava all'ingresso disturbi di tipo nutrizionale.

All'ingresso, nella compilazione del-

la cartella sociosanitaria, vengono riportate le patologie ed il cosiddetto *motivo del ricovero* (tabella 5). La provenienza degli ospiti indica la esatta collocazione della struttura: a metà strada tra l'ospedale ed il domicilio. Pertanto il centro di fatto assume le caratteristiche di una residenza sanitaria assistita (RSA). La valutazione del tono dell'umore all'ingresso viene eseguita somministrando la Geriatric Depression Scale (GDS). I risultati dimostrano un'alta percentuale di soggetti affetti da sintomi depressivi (59%). Elevata la presenza di polipatologie (tabella 6). Ovviamente, a questa si associa una polifarmacoterapia, con i conseguenti problemi di gestione di eventi avversi e di interazioni farmacologiche. (Tab 6)

In conclusione, i dati provenienti da Villa Giovanna sono ampiamente sovrapponibili a quelli riscontrabili nelle RSA del Nord Italia di ottimo livello.

Quanto alla pessimistica fotografia

**Tabella 4** - Valutazione nutrizionale all'ingresso

Mini Nutritional Assessment (MNA)	%	Albumina plasmatica g/dL	
MNA > 24 <i>normonutrizione</i>	53	Alb. > 3.2 <i>normonutrizione</i>	63
23.5 < MNA < 17 <i>a rischio di malnutrizione</i>	35	2.8 < Alb. < 3.2 <i>iponutrizione</i>	27
MNA < 17 <i>malnutrizione</i>	12	Alb. < 2.8 <i>malnutrizione</i>	10

**Tabella 5** - Valutazione nutrizionale all'ingresso

Provenienza:	%	Motivo dell'istituzionalizzazione:	%
Proprio domicilio	55	Riabilitazione	40
Struttura ospedaliera	34	Demenza	37
Altra struttura residenziale	11	Stato di abbandono	17
		Scelta volontaria	6

**Tabella 6** - Patologie all'ingresso (%)

> 5 patologie	35
3-4 patologie	40
1-2 patologie	14
0 patologie	11

della realtà geriatria del territorio (carenza di cultura geriatrica,

distorsioni del processo assistenziale con un notevole aggravio dei costi pubblici, peggioramento della qualità della vita del soggetto anziano istituzionalizzato, ricoveri incongrui di soggetti anziani, ecc.) il collega barese si consoli: anche sotto questo aspetto, la sua realtà è molto più vicina a quella del Nord di quanto attestati la geografia.

Tratto dal lavoro originale: "L'esperienza di un centro residenziale integrato per anziani" di Mastroianni F., Armenise MT, La macchia R., Caricola F., Nesta G.\*\*, Valerio T.\*\*, Stifanelli F.\*\*, De Francesco M.P.\*\*, Vitella G.\*\*

\*Geriatra, Coordinatore Sanitario, \*\*Infermieri professionali

Centro Residenziale Integrato per anziani "Villa Giovanna" – Bari