

I LUOGHI DELLA CURA *online*

La rivista del **Network Non Autosufficienza (NNA)**

www.luoghicura.it

1/2018



Ragioni ed obiettivi di una nuova rivista

Cristiano Gori, Direttore de I luoghi della cura online, presenta la nuova rivista illustrandone gli obiettivi, i contenuti, l'impostazione.

di [Cristiano Gori](#) (Università di Trento; Istituto per la Ricerca Sociale, Milano.)

Gentili Lettrici, Gentili Lettori,

sono felice di presentarvi *I luoghi della cura online*, il nuovo progetto editoriale del [Network Non Autosufficienza](#). La rivista si occuperà di servizi ed interventi di assistenza agli anziani e proverà a farlo mettendo in contatto il mondo della ricerca scientifica con quello delle pratiche quotidiane del welfare.

Perché questa rivista? L'assistenza agli anziani non autosufficienti rappresenta oggi una questione prioritaria della società italiana e – dati i trend d'invecchiamento – in futuro lo sarà in misura sempre maggiore. Un'ampia discussione a più voci riguardante la ricerca delle risposte più appropriate da realizzare risulta, dunque, necessaria. Nel nostro Paese, il confronto operativo su questi temi è cresciuto negli ultimi anni ma rimane ancora inadeguato rispetto alla portata della sfida, sotto due punti di vista. Primo, sono ancora poco sviluppate le riflessioni in grado di valorizzare quanto accade nella realtà dei servizi e farne oggetto di analisi insieme rigorose ed utili a chi vi opera. Secondo, le riflessioni esistenti rimangono spesso poco conosciute poiché mancano gli strumenti per renderle fruibili dall'ampia platea di persone che sono – a vario titolo – potenzialmente interessate.

I luoghi della cura online vuole offrire un contributo per affrontare tali carenze e, pertanto, il suo fine ultimo è così riassumibile: produrre conoscenze che siano utili all'operatività e facilmente accessibili.

L'indice per aree tematiche dei nostri contenuti – presente in homepage – mostra che la realtà dell'assistenza sarà considerata nelle sue molteplici dimensioni. Ci occuperemo, infatti, di *Operatori* (professioni, strumenti e approcci), *Servizi* (residenzialità, domiciliarità, servizi intermedi, reti informali) e *Sistema* (cultura e società, finanziamento e spesa, programmazione e governance). Gli sguardi proposti, a loro volta, saranno plurali poiché ospiteremo contributi di diversa provenienza disciplinare: geriatrica, sociologica, organizzativa, psicologica, economica ed altro ancora. Coerentemente con la natura di rivista "con i piedi ben piantati nei servizi", inoltre, una quota elevata degli articoli presentati sarà scritta da coloro i quali vi operano, che condivideranno esperienze, progetti e azioni realizzati in giro per l'Italia, nei molteplici luoghi della cura, appunto.

Particolare attenzione – come anticipato – sarà dedicata alla fruibilità dei contenuti, attraverso la presentazione di articoli il più possibile chiari e di facile lettura. I contenuti del sito saranno aggiornati costantemente e raccolti in cinque newsletter all'anno.

Il titolo scelto per la rivista ha, per noi, un profondo significato. "I luoghi della cura" è stata, infatti, una rivista cartacea attiva tra il 2003 e il 2016 come trimestrale su servizi e politiche per gli anziani non autosufficienti, pubblicata sotto l'egida della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e magistralmente diretta da Antonio Guaita, Francesco Landi ed Ermellina Zanetti. Questo nuovo progetto intende raccogliere un'ideale testimone da quella precedente pubblicazione, con la quale condivide le logiche di fondo: innanzitutto, lo sguardo d'insieme sul welfare, la

multidisciplinarietà e la centralità assegnata all'operatività. A conferma della continuità tra le due esperienze, tutti gli articoli pubblicati in cartaceo dalla precedente rivista sono qui scaricabili online, organizzati attraverso le nostre aree tematiche. Si tratta di un materiale ampio (360 articoli) e stimolante, che siamo lieti di poter riproporre in una nuova sede.

Un ulteriore punto di contatto con la precedente esperienza si trova nel rinnovato patrocinio da parte della SIGG, alla quale si affiancano oggi l'AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatrica) e la CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto). Siamo grati ai responsabili di queste autorevoli società scientifiche per aver deciso di condividere con noi il nuovo percorso: il loro coinvolgimento risulterà cruciale rispetto alla qualità dei contenuti qui presentati e alla possibilità di farli conoscere ad una platea più ampia possibile.

Le idee, soprattutto se vogliono essere accessibili gratuitamente, hanno bisogno di soggetti che le sostengano. Nel nostro caso si tratta del Sindacato Pensionati Italiano (SPI) della CGIL, che ha deciso di sostenere finanziariamente questo progetto ritenendolo coerente con i propri obiettivi, tanto di approfondimento della realtà del welfare rivolto agli anziani nel nostro Paese, quanto di promozione di sempre migliori risposte. Agli amici dello SPI – a cominciare dal Segretario Generale Ivan Pedretti – va il nostro ringraziamento, innanzitutto, per aver creduto in questo progetto ed averlo reso possibile. Ma non solo. Desideriamo, infatti, ringraziarli anche per il loro pieno rispetto della nostra autonomia editoriale, accompagnato dalla disponibilità ad un frequente confronto su temi e contenuti.

La nascita de *I luoghi della cura online* segna la prosecuzione del cammino di NNA, cominciato nel 2009 con la pubblicazione dei "Rapporti sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia" (giunti alla sesta edizione) e arricchitosi dal 2014 con la collana "Gli approfondimenti di NNA". Tutti i volumi di NNA sono scaricabili gratuitamente accedendo alla [pagina web](#) ad essi dedicata. La nostra passione per le idee utili all'operatività non è certo diminuita negli anni, anzi è vero il contrario, e faremo del nostro meglio per offrire un prodotto di qualità. Alla fine, comunque, a decidere il destino di una rivista sono esclusivamente i lettori. Vi saremo, dunque, grati se vorrete contattarci per farci sapere cosa pensate de *I luoghi della cura online*, come la rivista potrebbe essere migliorata e per proporci nuovi articoli. Ci trovate qui: redazione@luoghicura.it

“Delirium day”: il primo studio italiano multicentrico di valutazione della prevalenza del delirium in ospedale

Il delirium è una delle principali sindromi geriatriche con elevata prevalenza nelle strutture sanitarie. Nonostante i costi elevati che impone, in termini di salute e monetari, è tuttora spesso sottostimato e sotto-diagnosticato. Il “Delirium Day”, uno studio multicentrico di prevalenza puntuale con lo scopo di migliorare la consapevolezza e le conoscenze sul delirium, ha messo in luce l’elevata frequenza del delirium (riguarda in media 1 paziente ogni 5). La variante ipocinetica è la più frequente. Tali dati sottolineano l’importanza di uno screening attivo del delirium.

di [Francesca Massariello](#) (Scuola di Specializzazione in Geriatria e Gerontologia, Università degli studi Milano-Bicocca), [Giuseppe Bellelli](#) (Professore associato di Geriatria e Medicina Interna presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli studi Milano-Bicocca)

Nel soggetto anziano, specialmente se fragile e complesso, le patologie acute si manifestano spesso con una sintomatologia atipica, che sfugge ai canoni della semeiotica tradizionale. Tra i sintomi atipici il delirium è certamente uno dei più frequenti e deve essere considerato una sorta di “sesto segno vitale”, alla stessa stregua, in termini di importanza, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della saturazione periferica di ossigeno e della temperatura corporea (Bellelli e Trabucchi, 2008).

Il delirium

Il delirium è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato dall’alterazione acuta e fluttuante di molteplici funzioni cognitive (principalmente l’attenzione e le funzioni esecutive), scatenato dall’insorgenza di un problema clinico acuto o cronico riacutizzato; esso è da considerarsi invariabilmente come espressione di una sofferenza metabolica cerebrale (APA, 2013).

Clinicamente il delirium può presentarsi in tre varianti (Marcantonio, 2017):

- *forma ipercinetica o iperattiva*, caratterizzata da agitazione psicomotoria, aumentata sensibilità agli stimoli esterni, stato di iperallerta, in cui coesistono spesso illusioni e allucinazioni;
- *forma ipocinetica o ipoattiva*, caratterizzata da rallentamento ideo-motorio, tendenza all’assopimento, ridotta risposta agli stimoli esterni, apatia;
- *forma mista*, caratterizzata da alternanza di fasi di tipo ipercinetico ad altre di tipo ipocinetico.

Il delirium ha una genesi multifattoriale ed è il risultato di un’interazione fra fattori predisponenti e precipitanti. Tra i fattori predisponenti possiamo annoverare la disabilità, il deterioramento cognitivo/demenza, l’elevata comorbidità, un inadeguato stato nutrizionale e la presenza di deficit sensoriali (principalmente ipovisione ed ipoacusia) (Marcantonio, 2017).

Fattori precipitanti sono le alterazioni del metabolismo glucidico e della funzione renale, la disidratazione, le alterazioni

degli elettroliti, la ritenzione urinaria acuta, la coprostasi, il cateterismo vescicale e l'utilizzo di mezzi di contenzione fisica. Inoltre fattori scatenanti particolarmente rilevanti sono gli interventi chirurgici (specialmente chirurgia maggiore) e i traumi (Marcantonio, 2017). Anche i farmaci, in particolare quelli con attività psicotropa, possono essere causa di delirium. Il meccanismo è duplice: alcuni farmaci hanno un elevato carico colinergico che predispone di per sé ad un maggior rischio di delirium (ad esempio i neurolettici tipici ed atipici). Altri farmaci, seppur dotati di basso carico colinergico (ad esempio furosemide), possono sommarsi ad altri farmaci con basso carico colinergico e scatenare comunque delirium. Si consideri inoltre che la farmacocinetica e la farmacodinamica nell'anziano sono spesso alterate per la presenza di patologie concomitanti, favorendo in questo modo la persistenza nel sangue del principio attivo e la comparsa di effetti indesiderati anche per dosi basse (Marcantonio, 2017).

Secondo il modello teorizzato da Inouye *et al.* (2014) in un individuo fragile, quale sovente è un paziente anziano ricoverato in ospedale, è sufficiente un fattore scatenante di lieve entità (come un'infezione delle vie urinarie) per scatenare il delirium. Al contrario in un anziano "fit" (non fragile o robusto) è invece necessario il concorrere di molteplici e più gravi fattori scatenanti. Tale "modello interattivo" richiede al clinico di sviluppare competenze nell'assessment multidimensionale geriatrico finalizzate a cogliere il grado di "fragilità" e dunque di "resilienza biologica" del soggetto, per definire quindi il rischio di delirium nel soggetto considerato.

Gli sforzi atti a prevenire l'insorgenza del delirium devono essere volti a intervenire sui fattori precipitanti, ove possibile. La prevenzione mediante un approccio non farmacologico multifattoriale si è dimostrata la strategia più efficace anche in considerazione dell'eziologia multifattoriale del delirium (Marcantonio, 2017).

La diagnosi

Il *gold standard* per la diagnosi fa riferimento ai criteri del Diagnostic and Statistical Manual dell'American Psychiatric Association (DSM), 5a edizione (Bellelli e Trabucchi, 2008), secondo cui il delirium è definito dalla coesistenza di 5 criteri quali il disturbo dell'attenzione (con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione) e dello stato di consapevolezza di sé nell'ambiente, l'insorgenza acuta o subacuta (vi deve essere un cambiamento rispetto alle condizioni di base) e decorso fluttuante, la coesistenza di altri deficit cognitivi (disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio, della memoria o della percezione), l'assenza di severa compromissione del livello di coscienza (ad esempio il coma), l'evidenza di patologia acuta in atto, intossicazione da farmaci, sindrome da astinenza, esposizione a tossine o multi-eziologia. Tali criteri, tuttavia, non sono di facile e rapida applicazione clinica. Sono stati pertanto validati strumenti di screening, tra cui il 4AT che ha dimostrato ottime performances diagnostiche nei reparti medici e in riabilitazione (Bellelli *et al.*, 2014).

Il delirium si associa a molteplici outcomes avversi (Marcantonio, 2017), tra cui un incremento del rischio di complicanze mediche e chirurgiche, di disabilità e deficit cognitivo nel medio e lungo termine e di decesso nel breve-medio termine. In particolare è stato osservato che maggiore è la durata del delirium, maggiore è il rischio di mortalità a 6 mesi, suggerendo indirettamente che il delirium debba essere considerata un'urgenza medica. Il delirium è inoltre associato ad un aumento dello stress del paziente, del personale sanitario e dei caregivers, spesso impreparati ad affrontare la complessa sintomatologia del paziente affetto da delirium ed angosciati di fronte al proprio caro che manifesta uno stato confusionale acuto (Morandi *et al.*, 2015). Nel computo del peso del delirium sui sistemi sanitari vanno anche considerati i costi correlati all'aumento della durata della degenza ospedaliera, al maggior rischio di re-ricovero e di visite mediche ed ai costi dell'istituzionalizzazione a titolo definitivo in strutture di lungodegenza.

Nonostante il peso in termini di prognosi *quoad vitam et valetudinem* e la disponibilità di strumenti di screening rapidi ed efficaci, tale condizione clinica è tuttavia frequentemente sottodiagnosticata o diagnosticata tardivamente. Il mancato riconoscimento della presenza di delirium riguarda soprattutto la variante ipocinetica, che non attira l'attenzione dello staff sebbene sia la variante più frequente e sia associata a una prognosi peggiore (Inouye, Westendorp, Saczynski, 2014). La difficoltà diagnostica è legata anche al fatto che la sintomatologia del delirium è fluttuante, cosicché il soggetto affetto da delirium può alternare fasi di relativa lucidità a fasi di confusione marcata.

L'esperienza del "Delirium Day"

Gli studi effettuati nei paesi europei e negli USA hanno dimostrato che il delirium è estremamente diffuso: una review pubblicata su *Lancet* nel 2014 riportava tassi di delirium nei reparti di medicina internista compresi tra il 18% e il 35% e tra il 15% e il 50% in quelli chirurgici, con dati variabili a seconda del tipo di intervento chirurgico (Marcantonio, 2017; Inouye, Westendorp, Saczynski, 2014).

In Italia, fino al 2015, gli studi sulla prevalenza del delirium nella popolazione anziana ospedalizzata in Italia erano pochi, limitati a casistiche di poche centinaia di casi e generalmente monocentrici. Nel 2015, l'Associazione Italiana di Psicogeriatrica (AIP), in collaborazione con la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria e Territorio (SIGOT) e la Società Italiana Neurologia delle Demenze (SINDEM), ha promosso l'iniziativa "Delirium Day", finalizzata a rilevare la prevalenza di delirium in un singolo giorno nei reparti ospedalieri per acuti italiani. Tale iniziativa si è poi ripetuta annualmente con il coinvolgimento via via crescente di ulteriori società scientifiche.

2015

AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatría, promotore)
SIGG (Società italiana di Gerontologia e Geriatria)
SIGOT (Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio)
SINDEM (Società Italiana di Neurologia per le Demenze)

2016

AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatría, promotore)
SIGG (Società italiana di Gerontologia e Geriatria)
SIGOT (Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio)
SINDEM (Società Italiana di Neurologia per le Demenze)
AGE (Associazione Geriatria Extraospedaliera)
SIMI (Società Italiana di medicina Interna)
FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)
SIC (Società Italiana di Chirurgia)
SIN (Società italiana di neurologia)
SICP (Società Italiana di cure Palliative)

2017

AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatría, promotore)
SIGG (Società italiana di Gerontologia e Geriatria)
SIGOT (Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio)
SINDEM (Società Italiana di Neurologia per le Demenze)
AGE (Associazione Geriatria Extraospedaliera)
SIMI (Società italiana di medicina Interna)
FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)
SIC (Società Italiana di Chirurgia)
SIN (Società italiana di neurologia)
SICP (Società Italiana di cure Palliative)
SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva)
AcEMC (Academy of Emergency Medicine and Care)

Box 1 – Partecipazione di Società Scientifiche al Delirium Day dal 2015 al 2017

Gli obiettivi del Delirium Day sono:

- a) diffondere la cultura del delirium e aumentarne le conoscenze nella popolazione medico-infermieristica;
- b) raccogliere dati metodologicamente omogenei su un campione ampio, rappresentativo della realtà italiana, relativi alla prevalenza puntuale del delirium nei diversi setting assistenziali in cui sono ricoverati soggetti anziani.

Lo studio viene condotto in un unico giorno e vengono arruolati i partecipanti dalle 00:00 alle ore 23.59 del giorno indice. Il disegno prevede di esaminare tutti i pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri, nelle strutture riabilitative e nelle strutture di lungodegenza che aderiscono al progetto.

Criteri di inclusione sono: età \geq 65 anni, disponibilità a partecipare allo studio da parte del paziente (o di un suo congiunto/caregiver, qualora il paziente non sia stato in grado di esprimere un consenso informato al momento della valutazione), madrelingua italiana. Sono esclusi i pazienti afasici, in coma, in condizione terminali o giudicati troppo debilitati per sostenere un'intervista da parte del medico (es. codici rossi nel DEA).

Tutti i pazienti eleggibili allo studio sono sottoposti a una valutazione clinica che comprende:

1. Screening formale del delirium, mediante il test 4AT (Allegato 1). Si tratta di uno strumento di rapida somministrazione (richiede solitamente meno di due minuti) e di facile esecuzione (può essere somministrata da un medico o da un infermiere non specificamente addestrato). Un punteggio di 0 indica assenza di demenza e delirium, un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce la presenza di deterioramento cognitivo ma non di delirium, mentre un punteggio >4 è fortemente suggestivo di delirium o delirium sovrapposto a demenza. Per i pazienti in delirium (con 4AT > 4) si procede a ulteriori valutazioni per indagare il sottotipo di delirium tramite la Delirium Motor Subtype Scale (DMSS) (Meagher *et al.*, 2008).
2. Valutazione clinica multidimensionale, comprensiva di informazioni sociodemografiche (età, sesso), anamnestiche (presenza di demenza, ipovisione, ipoacusia, indice di Charlson (Charlson *et al.*, 1987), anamnesi farmacologica), stato funzionale, stato nutrizionale.
3. Valutazione circa la presenza di presidi medicali (es. sondini nasogastrici o protesi endogastriche, cateteri venosi periferici o centrali, cateteri vescicali, tracheocannula) o presidi di protezione/contenzione (pettorine, polsiere, fasce inguinali e spondine), valutazione laboratoristica, valutazione di parametri vitali

Ulteriori scale di valutazione possono essere presenti a seconda del fenomeno che, di anno in anno, si vuole indagare in modo più specifico. A partire dall'edizione 2016 si effettua inoltre un follow-up a distanza di un mese.

I dati sono stati poi raccolti in un web-based case report form (CRF) in modo completamente anonimizzato per impedire l'identificazione del singolo paziente. Lo studio è approvato dai Comitati Etici del centro promotore e dei centri partecipanti. Nel 2017 il "Delirium Day" è stato condotto anche in Catalogna, su iniziativa della Società catalana di Gerontologia e Geriatria.

I dati del Delirium Day

Complessivamente, sono stati raccolti i dati relativi a oltre 6.000 pazienti e sono state coinvolte oltre 600 strutture fra cui reparti ospedalieri (di tipo medico, chirurgico, pronto soccorso, reparti di terapia intensiva), riabilitazioni, strutture di lungodegenza e hospice distribuiti in modo discretamente omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Nei soli reparti ospedalieri, il numero di pazienti arruolati è aumentato negli anni fino a raggiungere nel 2017 una quota di 2.944 partecipanti (figura 1).



Figura 1 – Il Delirium Day: Centri partecipanti e pazienti arruolati dal 2015 ad oggi

Nel 2015, anno del primo "Delirium Day", la prevalenza media complessiva di delirium è risultata del 22,9 %. La

prevalenza si è rivelata maggiore in Neurologia (28,5%) e Geriatria (24,7% vs 21,2% in Medicina Interna), minore in riabilitazione (14%) (figura 2) (Bellelli *et al.*, 2016).

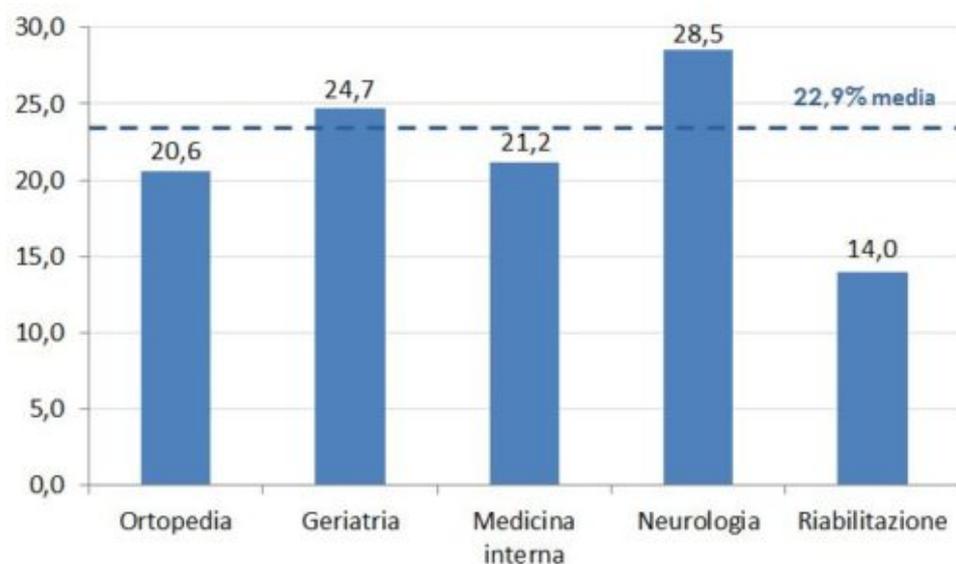


Figura 2 – Prevalenza di delirium nei diversi setting ospedalieri partecipanti al Delirium Day 2015.

Fonte: modificato da Bellelli *et al.*, 2016

I dati preliminari relativi all'ultima raccolta dati del 2017 confermano stime di questa dimensione, con percentuali più elevate nelle lungodegenze (31,6%) e negli hospice (36,8%).

Nel 2015 si è osservato che i pazienti affetti da delirium erano mediamente i più anziani e la variante ipocinetica era la più frequente forma di delirium (38,5%), seguita dalla forma mista, ipercinetica e non-motoria (Bellelli *et al.*, 2016). L'età, la dipendenza funzionale nelle ADL, la presenza di decadimento cognitivo, la malnutrizione, l'utilizzo di neurolettici e antidepressivi, la presenza di presidi medici (nutrizione enterale, cateteri venosi periferici, catetere vescicale) e di forme di contenzione fisica sono risultati associati al delirium, suggerendo un rapporto di tipo causale tra l'insorgenza della condizione e il management clinico-infermieristico (Bellelli *et al.*, 2016). Il sottotipo motorio più frequente che, come si è detto, è rappresentato dalla variante ipocinetica, è anche meno frequentemente percepito, insieme alla forma mista, come " clinicamente rilevante " dal personale infermieristico (Mossello *et al.*, 2018).

Nel 2016 la prevalenza di delirium è risultata sovrapponibile a quella rilevata nel 2015 (22,04% nei reparti medici e chirurgici ospedalieri, 14,04% nei reparti di riabilitazione e 38,24% negli hospice). Il sottotipo di delirium più frequente è risultato ancora una volta quello ipocinetico (30%). Per la prima volta da quando è stato iniziato il progetto "Delirium Day", è stato considerato anche l'impatto in termini prognostici, osservando che il delirium e il delirium sovrapposto a demenza sono fattori di rischio di mortalità a 30 giorni, indipendentemente dalla coesistenza di elevata comorbidità, farmaci assunti, stato funzionale pre-ricovero ed altri fattori potenzialmente associati.

Dai dati del Delirium Day 2017 (ancora in fase di analisi) si conferma la prevalenza di delirium e degli altri deficit cognitivi (demenza in primis che raggiunge circa il 50% tra i soggetti con delirium ed è intorno al 20% tra i soggetti senza) e si osserva una percentuale più elevata di ipoacusia e di ipovisus, una maggior prevalenza di disidratazione e di sarcopenia (stimata come diametro medio del polpaccio) tra i pazienti con delirium rispetto ai soggetti senza.

Dall'analisi dei dati emerge che la prevalenza di delirium, sebbene rilevata mediante il 4AT uno strumento di screening

agevole, rapido e che non richiede un particolare training, è sovrapponibile a quella riscontrata in studi in cui il delirium è stato valutato con uno o più strumenti accurati ed operatore-dipendente. Ciò supporta l'idea che il 4AT possa essere usato di routine nei reparti ospedalieri.

Conclusioni

Il "Delirium Day", studio multicentrico di prevalenza puntuale con lo scopo di migliorare la consapevolezza e le conoscenze sul delirium, ha messo in luce l'elevata frequenza del delirium (riguarda in media 1 paziente ogni 5) e che tale condizione è diffusa a tutti gli ambiti sanitari. La variante ipocinetica è la più frequente.

Lo studio dimostra che il delirium è un potente indicatore prognostico di ridotta sopravvivenza a breve termine e il rischio di mancato riconoscimento si lega soprattutto alla presenza del sottotipo ipocinetico (che è in genere sottovalutato perché non richiede intervento medico-infermieristico per la sedazione). Per tali ragioni la ricerca di delirium mediante uno screening risulta di fondamentale importanza.

Infine, alcuni dati raccolti in fase di preparazione dell'ultima edizione del "Delirium Day sembrano dimostrare che, a seguito della partecipazione all'iniziativa, sia aumentata la consapevolezza sull'impatto del delirium tra il personale sanitario con importanti ripercussioni nella pratica clinica per quanto concerne la diagnosi e il trattamento del delirium.

Il coinvolgimento di un numero via via maggiore di centri partecipanti potrebbe portare a mappare il fenomeno delirium all'interno degli ospedali del nostro Paese in modo tale da potenziare prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del delirium che devono rappresentare una missione prioritaria del medico.

Bibliografia

- American Psychiatric Association – APA (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, DSM-5, American Psychiatric Association.
- Bellelli G., Trabucchi M. (2008), *Delirium as the sixth vital sign*, J Am Med Dir Assoc., 9:279; author reply 279-80.
- Bellelli G., Morandi A., Davis D.H., et al. (2014), *Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people*, Age Ageing, 43:496-502.
- Bellelli G., Morandi A., Di Santo S.G., et al. (2016), *"Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool*, BMC Medicine, 14:106.
- Charlson M., Pompei P., Ales K., et al. (1987), *A new method of classifying prognostic co-morbidity in longitudinal studies. Development and validation*, Journal of Chronic Diseases, 40:373-83.
- Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. (2014), *Delirium in elderly people*, Lancet, 383:911-22.
- Marcantonio E.R. (2017), *Delirium in hospitalized older adults*, N Engl J Med., 377:1456-66.
- Meagher D.J., Moran M., Raju B., et al. (2008), *A new databased motor subtype schema for delirium*, J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 20:185-93.
- Morandi A., Lucchi E., Turco R., et al. (2015), *Delirium superimposed on dementia: a quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience*, J Psychosom Res, 79:272-80.

Mossello E., Tesi F., Di Santo S.G., *et al.* (2018), *Recognition of delirium features in clinical practice: data from the "Delirium Day 2015" national survey*, J Am Geriatr Soc, 66(2):302-308.



Test per la valutazione del delirium & del deficit cognitivo

(etichetta)

Nome del paziente:

Data di nascita:

Numero:

Data: ora:

Valutatore:

Cerchiare la risposta corretta

[1] VIGILANZA

Valuta lo stato di vigilanza del paziente (dal sopore, caratterizzato ad esempio da difficoltà a risvegliarsi o addormentarsi durante l'esecuzione del test, all'agitazione /iperattività). Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di ripetere il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione.

Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)	0
Moderata sonnolenza per <10 secondi dopo il risveglio, poi normale	0
Chiaramente anomala (iperattivo, agitato o marcatamente soporoso)	4

[2] AMT4

Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente.

Nessun errore	0
1 errore	1
≥2 errori/ instabile	2

[3] ATTENZIONE

Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre"

Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: "qual è il mese prima di dicembre?"

Mesi dell'anno a ritroso	è in grado di ripetere senza errori ≥7 mesi	0
	Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare	1
	test non effettuabile (paziente indisposto, assontato o disattento)	2

[4] CAMBIAMENTO ACUTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive -comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	0
Si	4

≥4: possibile delirium +/- deficit cognitivo
1-3: possibile deficit cognitivo
0: delirium o deficit cognitivo severo improbabile (ma il delirium potrebbe essere possibile se l'item [4] è incompleto)

Punteggio 4AT

NOTE PER L'USO

Versione 1.2. Informazioni e download al sito: www.the4AT.com

Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del delirium e del deficit cognitivo. Un punteggio ≥4, ancorché non diagnostico, suggerisce la presenza di delirium: una valutazione più dettagliata dello stato mentale è richiesta per ottenere la diagnosi. Un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce deficit cognitivo e impone una valutazione più dettagliata dello stato cognitivo e un colloquio aggiuntivo con il caregiver per indagare lo stato mentale. Un punteggio pari a 0 non esclude in modo categorico la presenza di delirium o deficit cognitivo: una valutazione più dettagliata può essere richiesta in relazione al contest clinico. Gli items 1-3 sono valutati solamente sulla base dell'osservazione *del paziente all'atto della valutazione*. L'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. infermieri, altri membri dello staff, medico di famiglia, caregiver, documentazione sanitaria, etc). L'esaminatore deve tenere in conto di eventuali barriere della comunicazione (ipoacusia, afasia, difficoltà linguistiche) nella somministrazione del test e nell'interpretazione dei risultati. **Vigilanza:** un alterato stato di allerta è molto suggestivo per la presenza di delirium in setting ospedaliero. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'arousal (vigilanza) durante l'esecuzione del test, il punteggio è 4. **Cambiamento acuto o decorso fluttuante:** una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium. Per elicitar la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' preoccupato/a di qualcosa in questo momento?"; "Si sente spaventato/a da qualcosa o qualcuno?"; "Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?" Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

Bellelli, G., Morandi A., (2016). 4AT Italian version 1.2. Milano Bicocca University, Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium (GISD), Italia.

Povert  in et  anziana: un rischio ridimensionato, ma non per tutti

Nell'ultimo decennio l'incidenza della povert  tra la popolazione anziana   costantemente diminuita, e gli over 65 non rientrano pi  tra le categorie maggiormente a rischio. La popolazione anziana non autosufficiente per  non si allinea a questo nuovo scenario, in quanto il grado di disabilit  e le spese di cura rappresentano significativi fattori di incremento del rischio di povert .

di [Matteo Luppi](#) (Collegio Carlo Alberto, Torino)

Popolazione anziana e povert : un trend positivo

L'ultimo report dell'ISTAT "La povert  in Italia", che fotografa la condizione di povert  della popolazione Italiana rispetto al 2016, conferma in modo chiaro ed univoco che negli ultimi anni questo rischio riguarda sempre meno la popolazione anziana. Nel report infatti si legge che la relazione inversa tra incidenza di povert  assoluta ed et , rilevata a partire dal 2012, persiste ed   confermata anche dai dati relativi al 2016. In altre parole, questa frase evidenzia due aspetti centrali. In primo luogo, la popolazione anziana non rientra pi  tra le categorie maggiormente esposte alla povert  assoluta. La popolazione ultra sessantatreenne infatti presenta la percentuale di famiglie in povert  assoluta pi  bassa rispetto alle altre fasce di et . In secondo luogo, anche in virt  della stabilit  del reddito pensionistico e del potere d'acquisto, la quota di famiglie e persone anziane considerabili povere in termini assoluti si   progressivamente ridotta. Rispetto al resto della popolazione, la fascia di et  degli ultrasessantacinquenni   l'unica che presenta una riduzione dell'incidenza della povert  tra il 2015 e il 2016. Negli ultimi anni, infatti, spetta alle generazioni pi  giovani pagare il prezzo pi  elevato, ed   proprio in questa classe di et , under 35, che si registra la percentuale pi  elevata: oltre il 10% vive in condizioni di povert  assoluta. Queste considerazioni non devono suggerire per  che la popolazione anziana sia al riparo dal rischio di povert . Come vedremo meglio in seguito, la povert  in et  anziana ha modificato i suoi connotati: da carattere trasversale e generico, a elemento identificante specifiche condizioni e categorie della popolazione ultra sessantacinquenne. Tra queste ultime, la non autosufficienza – e quindi gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie – risulta essere un importante fattore di aumento del rischio di povert .

La popolazione anziana si conferma quindi come anomalia rispetto al panorama nazionale. Se si esclude la lieve flessione tra il 2013 e il 2014, dal 2007 ad oggi l'incidenza della povert  assoluta in Italia   costantemente aumentata. Nel 2007 erano circa 2,4 milioni gli italiani a vivere al di sotto della soglia di povert  assoluta, mentre nel 2016 si   saliti a 4,7 milioni, registrando un aumento di poco inferiore al 100%. In questo contesto l'andamento dell'incidenza della povert  assoluta tra la popolazione anziana rappresenta un vero e proprio capovolgimento di scenario. Non solo si   assistito alla riduzione dell'incidenza del rischio di povert  in termini percentuali e assoluti, passando da 6,1% del 2006 (pari a circa 707mila anziani) al 3,8% del 2016 (508mila). Inoltre, come mostra la figura 1, nell'ultimo decennio   mutata una caratteristica storica della povert  italiana. La componente anziana ha sempre rappresentato la quota maggioritaria dell'insieme della popolazione povera. Dal nuovo millennio, e con maggior chiarezza, negli anni a ridosso della recente crisi economica, il peso dell'incidenza della povert  si   invece redistribuito tra le generazioni, spostandosi dalle pi  anziane alle pi  giovani, ribaltando completamente il quadro del passato. Mentre solo nel 2005 quasi un povero assoluto su due (44,9%) era anziano, nel 2016 solo il 17% degli indigenti aveva un'et  superiore o uguale a 65 anni. Situazione

opposta invece per la fascia di età 0-34 che, nello stesso periodo, passa dal 32,2% a più del 50%

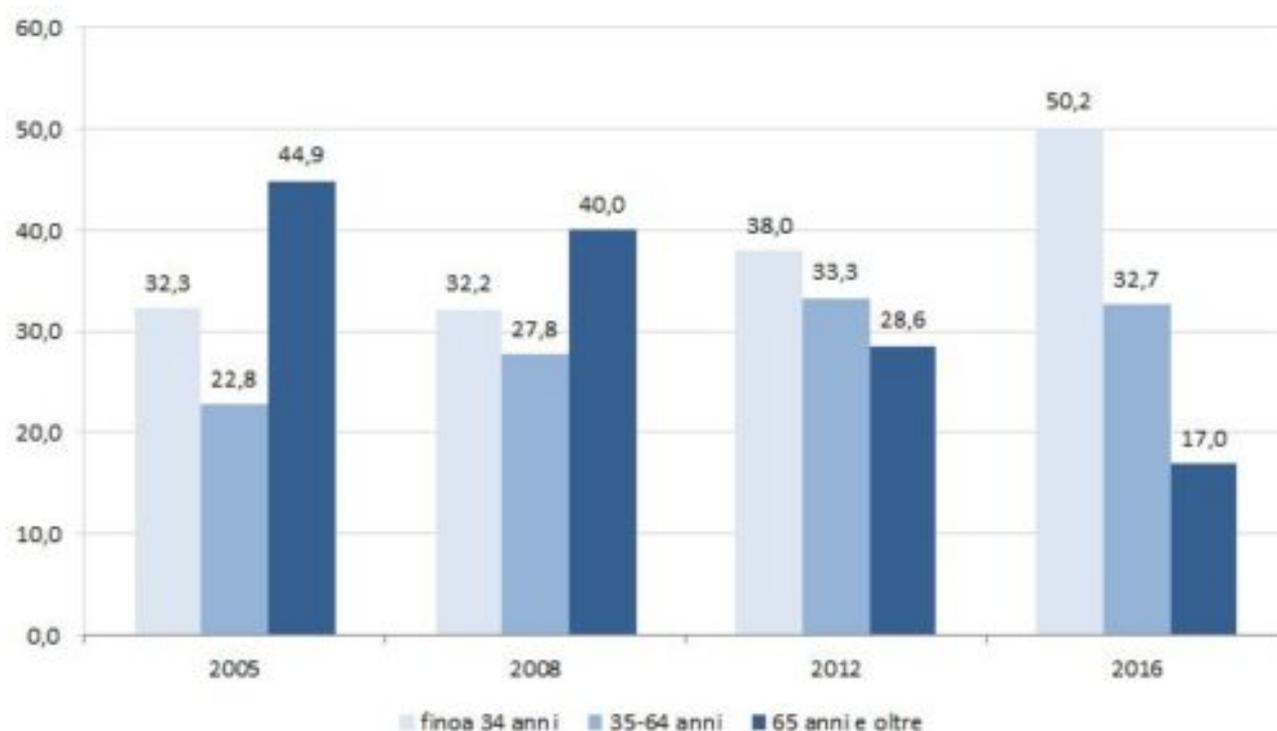


Figura 1 – Composizione incidenza di povertà assoluta per fasce di età
Fonte: ISTAT, La povertà in Italia, anni vari.

Uno simile scenario emerge anche dagli indicatori di povertà relativa, che a differenza dei precedenti definiscono la povertà in base alla dimensione e al reddito familiare (Box 1). L'incidenza della povertà relativa tra la popolazione anziana è infatti passata dal 13,8% del 2006 a 8,2% del 2016, mentre è più che raddoppiata per la popolazione di età compresa tra 0 e 34 anni (da 9,2% a 19,5%). Gli indicatori relativi di povertà permettono di comprendere non solo che la popolazione anziana è sempre meno esposta all'indigenza, ma anche che, in termini comparativi rispetto al resto della popolazione, la loro ricchezza è cresciuta negli ultimi anni. È a partire dal nuovo millennio infatti che è entrata in età anziana la popolazione nata a cavallo degli anni 40 che ha potuto beneficiare di stabilità sia economica che lavorativa e di generose politiche pensionistiche e quindi di generose pensioni.

Povert  assoluta: il concetto di povert  assoluta fa riferimento ad uno standard di vita che viene ritenuto "minimo accettabile". La definizione della popolazione povera in termini assoluti avviene attraverso la definizione di un insieme di bisogni ritenuti essenziali e le risorse che ne permettono un soddisfacimento minimo. Coloro che non dispongono di questo minimo di risorse vengono qualificate come povere. I bisogni che pi  spesso vengono identificati come essenziali sono l'alimentazione, l'alloggio, il vestiario, la salute e l'igiene. Nel 2016 per un adulto (di 18-59 anni) che vive solo, la soglia di povert    pari a 817,56 euro mensili se risiede in un'area metropolitana del Nord, a 733,09 euro se vive in un piccolo comune settentrionale, a 554,03 euro se risiede in un piccolo comune del Mezzogiorno.

Povert  relativa: la stima dell'incidenza della povert  relativa viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povert ), che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. Nel 2016 La soglia di povert  per una famiglia di due componenti   risultata di 1.061,50 euro. Mentre per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza, che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

Box 1 – Povert  assoluta e relativa

Non autosufficienza: un importante fattore di rischio

Lo scenario appena descritto rende ancora pi  interessante, ma anche preoccupante, ci  che emerge dall'analisi della relazione tra non autosufficienza e povert . Se infatti da un lato i dati appena presentati suggeriscono un mutamento dei profili della povert  a discapito delle generazioni pi  giovani e a vantaggio di quelle pi  anziane, uno sguardo pi  accurato permette di comprendere come quest'ultime non siano completamente al riparo dal rischio di povert . Secondo l'ISTAT (2013), mentre il reddito pensionistico medio   di circa 1400 euro, una grande parte dei pensionati – circa il 50% – riceve una pensione esigua o comunque pari o inferiore alle mille euro. Questo riguarda principalmente le donne, le quali ricevono in media 6000 euro all'anno in meno rispetto agli uomini. Appare lecito domandarsi quindi quale impatto economico i rischi derivanti dall'invecchiamento, in primo luogo la non autosufficienza e la relativa necessit  di cure, possano avere su quella non cos  esigua parte della popolazione anziana che non dispone di solide risorse economiche.

Questa domanda appare ancora pi  legittima se si considerano alcuni fattori di contesto. Il sistema nazionale di cura agli anziani non autosufficienti risulta purtroppo ancora incapace di far fronte alla crescente domanda di servizi richiesta dalla componente anziana della popolazione, prediligendo piuttosto un approccio basato sull'erogazione di trasferimenti monetari alle famiglie, le quali rappresentano tutt'ora la prima e principale fonte di cura in caso di necessit . Al di l  delle specifiche problematiche relative a trasferimenti monetari come l'indennit  di accompagnamento, e ai meccanismi che questi strumenti possono generare, il loro importo non sembra essere comunque sufficiente a contrastare il costo delle cure. Una recente ricerca condotta dal CENSIS (2014) infatti propone uno spaccato abbastanza preoccupante: nel 2012 330mila famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi per far fronte alle spese di assistenza e cura, 190mila hanno dovuto vendere l'abitazione con la formula della nuda propriet , e 152mila si sono dovute indebitare.

Non autosufficienza come fattore di rischio di povert  della popolazione anziana? Una recente ricerca (Luppi, 2015)

sembra convalidare questa ipotesi. I risultati di questo lavoro identificano nel grado di disabilità un considerevole fattore di incremento del rischio di povertà. La ricerca evidenzia che gli anziani con un grado di non autosufficienza moderato o severo presentano una probabilità maggiore rispetto a coloro non interessati dalla non autosufficienza di vivere in una famiglia a con un reddito inferiore alla soglia di povertà¹, e tale probabilità aumenta in relazione ad entrambi i gradi di non autosufficienza nel periodo considerato, con un significativo incremento tra gli anni 2007 e 2012. Quest'ultimo dato suggerisce che al contrario di quanto visto in precedenza rispetto alla totalità della popolazione over 65, la probabilità di un anziano non autosufficiente di vivere in una famiglia con un reddito inferiore alla soglia di povertà aumenta tra gli anni pre e post crisi economica. Risulta interessante notare inoltre che la propensione al rischio di povertà degli anziani affetti da un grado di non autosufficienza moderato appare più marcata rispetto a coloro che sono colpiti da disabilità media o grave. Inoltre, se accoppiata all'assenza di un partner o convivente, la non autosufficienza diventa un fortissimo fattore di rischio economico. Gli anziani soli, di norma vedove con bassi redditi pensionistici, affetti da disabilità rappresentano la categoria maggiormente esposta all'indigenza e alla povertà.

La ricerca evidenzia che le spese di cura rappresentano un ulteriore elemento che influenza fortemente il rischio di povertà della popolazione anziana non autosufficiente. La ricerca identifica una chiara relazione tra l'incidenza delle spese di cura sul reddito familiare e la povertà in età anziana: all'aumentare della prima aumenta significativamente la probabilità degli anziani non autosufficienti di vivere in famiglie con reddito inferiore alla soglia di povertà. Nonostante l'accesso ai servizi per la cura sia regolato da requisiti reddituali (come l'ISEE), questo aspetto colpisce maggiormente le famiglie a basso reddito, le quali sono sottoposte a spese di cura molto elevate in relazione alle loro disponibilità economiche. La ricerca evidenzia infatti che le famiglie over 65 a basso reddito (primo quintile della distribuzione) con un membro non autosufficiente spendono per la cura circa il 40% delle loro risorse economiche. Similmente, il valore medio dell'incidenza di queste spese per la popolazione anziana passa da 17.4% a 30.2% del reddito familiare disponibile nel caso in cui la famiglia si debba prendere cura o meno di un membro non autosufficiente.

Crisi economica	Al contrario della popolazione over 65 che è stata solo in parte colpita dalla recente crisi economica, per la popolazione anziana non autosufficiente tale crisi ha rappresentato un ulteriore fattore di impoverimento. La probabilità del rischio di povertà degli anziani non autosufficienti aumenta tra gli anni pre e post crisi, raggiungendo i valori massimi nel 2012.
Livello di disabilità	Un livello di disabilità moderato genera un rischio di povertà maggiore rispetto ad un livello di disabilità grave. Gli anziani affetti da disabilità media o moderata sono parzialmente esclusi dal supporto formale, sia in termini di servizi che in termini monetari. Di conseguenza il peso economico relativo ad un livello di disabilità moderato risulta essere maggiore a quello di un livello di disabilità grave.
Anziani soli	La ricerca ha evidenziato che gli anziani che vivono soli e che non possono beneficiare direttamente di cure informali tendono ad essere maggiormente esposti al rischio di povertà. Occorre precisare che gli anziani che vivono soli sono per lo più donne vedove con redditi medio bassi, ossia una categoria di popolazione altamente esposta all'impoverimento economico.
Spese di cura	Un'alta incidenza delle spese di cura sul reddito familiare comporta un elevato rischio di povertà. Un'incidenza di tali spese superiore al 15%-20% del reddito genera una probabilità rischio di povertà doppia o addirittura maggiore. Questa relazione è più forte tra la popolazione a basso reddito, in cui l'incidenza delle spese di cura, in media, raggiunge circa un quarto del reddito.

Box 2 – Rischio di povertà per la popolazione anziana non autosufficiente

Sfide future

In estrema sintesi, questi risultati suggeriscono la popolazione anziana è sempre meno “povera”, ma che al contrario, gli anziani non autosufficienti rischiano sempre più di esserlo. Inoltre, il quadro che emerge da questi dati necessita di essere contestualizzato rispetto ai mutamenti demografici in atto per poter coglierne pienamente la problematicità. Nei prossimi trenta anni la popolazione anziana, ma soprattutto ultra anziana (over 80), rappresenterà una parte sempre più ampia della totalità degli italiani, con una significativa differenza rispetto ad oggi: non beneficerà di redditi pensionistici altrettanto generosi. Senza cambiamenti al sistema di cura vigente, gli attuali e futuri mutamenti demografici comporteranno molto probabilmente un inasprimento della relazione tra non autosufficienza e povertà. A questo proposito sono emblematici i risultati relativi alla relazione tra povertà e grado di disabilità. La maggior probabilità di povertà tra gli anziani affetti da non autosufficienza moderata -generalmente esclusi dal principale strumento di supporto pubblico- rischia di generare negli stessi un ulteriore e repentino deterioramento della condizione fisica, con il relativo aggravio in termini di spesa pubblica. La modulazione dell'accesso alla cura, e nello specifico all'indennità di accompagnamento, rispetto al grado di disabilità, articolando quindi l'importo in base alle necessità di cura e ampliando la platea dei beneficiari, sulla scia di esperienze positive Europee (es. il modello Francese), rappresenterebbe un primo passo necessario in questa direzione.

Note

1. In questa ricerca si è utilizzato l'indicatore di povertà relativa *at risk of poverty threshold*, che identifica nel valore corrispondente al 60% del reddito mediano della distribuzione dei redditi nazionali la soglia di povertà.

Bibliografia

Censis (2014), Anticipazione primi risultati della ricerca [“Longevi e non autosufficienti in Italia: il piano della cultura sociale collettiva”](#) realizzata in collaborazione con Fondazione Generali.

ISTAT (2017), *La povertà assoluta in Italia. Anno 2016*, Statistiche report, Roma, Istat.

ISTAT (2013). *Trattamenti pensionistici e beneficiari. Anno 2012*, Statistiche report, Roma, Istat.

Luppi M. (2015), *Non autosufficienza e impoverimento*, in NNA (a cura di), L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. 5° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 87-103.

Il significato della cura

Dedicare attenzione e tempo a chi ha bisogno di cura e di supporto, oggi, non è affatto scontato. Riduzione degli spazi per la condivisione, tendenza a costruire relazioni effimere mediate dalla tecnologia, prevalenza delle macchine in ambito clinico sono alcuni dei fattori che ostacolano una risposta adeguata ai bisogni. Ma di quale cura hanno bisogno gli uomini e le donne?

di [Marco Trabucchi](#) (Associazione Italiana di Psicogeriatrica e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia)

Di quale cura hanno bisogno gli uomini?

Di quella giornaliera da parte di chi ascolta, accompagna, provvede, e di quella, meno ordinaria ma importante, di chi sostiene quando le condizioni del corpo e della mente non permettono autonomia. La cura si fonda sul fatto che uno abbia bisogno dell'altro e che l'altro sia disponibile.

Non occorrono analisi sociologiche approfondite per affermare che, nella nostra convivenza, si riducono progressivamente gli spazi della condivisione, perché da una parte vi è l'illusione dell'ottenimento diretto e personale di obiettivi, dall'altra si adottano atteggiamenti che impediscono di dedicare attenzione e tempo a chi ha bisogno di cura e di supporto. È una visione della vita comunitaria che potrebbe sembrare pessimista, ma riflette il diffuso sentire di chi, nel momento della difficoltà, constata la propria solitudine e vive con l'amarrezza che talvolta confina con la disperazione.

La cura ha diverse espressioni, da quella umana di chi nella vita accompagna il concittadino che ha momenti di debolezza nei quali la cura può essere importante, a quella strettamente medica o psicologica, cioè l'intervento a favore della persona in condizioni di sofferenza, che si giova di un supporto o di una terapia. Vi sono molti contatti tra le due modalità di cura; chi scrive, in particolare, è portato a ritenere simili i due approcci perché, alla base di entrambi, vi sono l'attenzione, la dedizione e la stabilità della donazione. In entrambi i casi spesso la cura è "controtempo"; infatti nella società delle relazioni effimere, mediate da strumenti tecnologici "freddi", la cura sembra uscita dal raggio delle possibilità perché richiede un coinvolgimento diretto, affettivo, carnale, che non rientra, ad esempio, nelle logiche dei social. Così, anche nella relazione di cura in ambito clinico, il prevalere delle macchine ha progressivamente ridotto lo spazio dell'intervento personale, almeno apparentemente. Però vi sono i segni, anche se ancora tenui, di una cultura che cerca, o tenta, di impegnarsi per porre le macchine al servizio della relazione.

La cura ha bisogno di intelligenza, curiosità, pazienza, generosità, tolleranza, capacità tecnica, accuratezza, tenerezza, ottimismo; deve rispettare la resilienza e chi la esercita deve stimare chi viene curato. Non la cura ha bisogno di queste caratteristiche, ma l'uomo e la donna che la ricevono perché ne possono fruire solo se è impostata secondo alcune condizioni. La cura è inquieta proprio perché queste possono variare, comparire e scomparire, aggregarsi in maniere diverse, essere più o meno importanti in tempi della vita... ma sono sempre indispensabili.

L'**intelligenza** è indispensabile per comprendere i bisogni dell'altro, sia quelli evidenti sia quelli nascosti. Troppo spesso la mancata capacità di leggere la vita dell'altro con intelligente sensibilità e attenzione e con adeguati supporti tecnici impedisce di cogliere il senso di segni che possono sembrare lievi, ma che invece hanno una profonda capacità di modificare la qualità della vita di chi soffre (e talvolta anche la sua durata).

L'intelligenza è importante per capire che, nell'età della tecnica, è ancora possibile il pensiero che offre gratuitamente

una cura, che si prende carico dell'altro anche fuori dagli schemi dell'economia e funzionalistici. L'inconscio tecnologico (cioè la condizione per la quale siamo indotti a pensare che non vi siano altri modelli per l'agire) può essere sconfitto solo dall'intelligenza che esprime libertà. L'intelligenza permette di capire il corpo di chi è curato, che cambia per età, cultura, sensibilità, storia degli eventi vissuti; è una comprensione indispensabile, perché sempre il corpo è l'immagine di realtà profonde.

La **curiosità** è dote che arricchisce l'intelligenza perché permette di entrare, con rispetto e prudenza, dove si ritiene possa annidarsi il bisogno di cura, più o meno nascosto. È una virtù, quindi, non un difetto: combatte l'assoluta centralità dell'io. Chi è intelligente e curioso non si innamora di sé né si dedica all'autopotenziamento, cancellando l'impegno di cura dell'altro.

In occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer 2016 Papa Francesco ha invitato a pregare per i malati e per chi li assiste *"sapendo cogliere i loro bisogni, anche quelli più impercettibili"*: è un invito all'uso intelligente della curiosità, per comprendere ciò di cui l'altro ha necessità, anche dietro le apparenze e nei luoghi nascosti e che può essere intuito attraverso l'uso degli "strumenti umani" della vicinanza e dell'amore. Ciò richiede la rinuncia ad atteggiamenti preconcepiuti; infatti quello che a noi può sembrare insignificante, per l'altro può avere un ruolo vitale importante.

La **pazienza** è la virtù che induce ad accompagnare, con costanza e senza fretta, chi soffre. La cura è prima di tutto ascolto paziente, sia perché l'altro non è sempre in grado di esprimere chiaramente la richiesta di aiuto, sia perché la relazione si costruisce lentamente, attraverso tempi che richiedono spazio nella mente e nel cuore. La pazienza deve essere attiva, caratterizzata da un impegno per mettere assieme ciò che potrebbe rompersi nella vita di due persone, da un faticoso lavoro di mediazione tra dignità e storie diverse.

Anche l'attesa dei risultati della cura deve essere paziente, perché questi possono arrivare dopo molto tempo: vi sono cure dell'altro che continuano per una vita intera (si pensi all'assistenza fornita con il passare degli anni dai genitori a un figlio con limitata autonomia nelle attività di tutti i giorni) durante la quale la pazienza è la caratteristica principale dell'atto di cura, sia per la sua durata sia per la difficoltà di identificare risultati concreti, al di là di quelli fondati sull'amore.

La **generosità**, che sta alla base della cura, è atteggiamento diffuso o una dote obsoleta in un mondo proteso alla conquista di spazi individuali, tra loro non comunicanti?

Potrebbe sembrare una domanda retorica, perché predominano accanto a noi atteggiamenti di sopraffazione, di disattenzione. In alcuni momenti della vita sembra di non poter contare sugli altri, soprattutto nel momento del dolore che ci lascia più deboli, incerti, colpiti nel profondo.

Però, si devono anche ricordare i molti cittadini silenziosi che non fanno notizia, ma che si dedicano alla cura degli altri e dei loro dolori nei mille luoghi dove la sofferenza si concentra, ed anche nelle strade delle città.

Non esiste cura senza generosità. È infatti necessaria per uscire dal sé e attivare l'empatia, senza imporre le proprie modalità di vita, abitudini e visioni del mondo.

La storia personale (e quella delle opere) di Madre Teresa di Calcutta è emblematica del rapporto generosità-cura; migliaia di persone hanno trovato un modo di vivere e morire decentemente grazie ad una cura volta a lenire le sofferenze fisiche e psichiche, allo "stare accanto". La cura attuata da Madre Teresa ha restituito umanità e dignità alle persone collocate all'ultimo gradino della scala sociale attraverso un contatto diretto, attraverso il calore dell'abbraccio. Qualche anno fa l'opera di Madre Teresa era stata criticata da alcuni settori della cultura medica perché nella cura delle persone più disperate non avrebbe dato sufficiente attenzione agli aspetti clinici. La storia certamente sarà in grado di giudicare gli atti compiuti da una donna che è riuscita a suscitare risposte di generosità da parte di moltissime persone. È però doveroso constatare che la cura può assumere aspetti diversi, ognuno dei quali utile a chi soffre e che la critica dall'esterno rischia di danneggiare atti fondati su rapporti diretti.

La cura, infatti, non ha standard e parametri prefissati; essenziale è il raggiungimento di un risultato, cioè che in quella specifica situazione essa abbia modificato, di poco o di molto, la vita dell'altro. Morire amati è uno di questi.

La cura è **accuratezza**, si concentra sui particolari che spesso rappresentano un aspetto importante per renderla efficace. Le condizioni apparentemente più rilevanti nascondono talvolta nuances che devono attirare l'attenzione del curante e la sua curiosità. Queste vanno prese in considerazione senza fretta, con dedizione, anche perché dall'esterno non si intuisce il loro peso oggettivo (spesso difficile da vedere) e soggettivo (l'osservatore si inserisce lentamente nella vita di chi soffre).

È necessario recuperare i particolari, le piccole cose. Anche nella clinica, quando non si raggiunge un risultato definitivo, è importante prendersi cura dei particolari, dei "piccoli guadagni" di grande significato per chi ne beneficia in uno scenario spesso drammatico.

La cura è espressione di **tenerezza**; se manca questa caratteristica del rapporto umano, i risultati sono minati dall'inizio, perché, come scrive Albert Camus, *"un mondo senza amore è un mondo morto, e giunge sempre un'ora in cui ci si stanca delle prigioni, del lavoro, del coraggio, per reclamare invece il volto di un essere umano, e il cuore meraviglioso della tenerezza"*. La tenerezza diventa sempre più un'emergenza sociale, in un tempo in cui verifichiamo spesso, con improvvisa drammaticità, la nostra vulnerabilità, il dolore che non abbandona e abbatte, la solitudine.

La cura non è mai banale, sia essa vicinanza umana o intervento tecnicamente qualificato. Non deve soffermarsi su aspetti futili, anche se talvolta la persona tende a portare al centro dell'interesse argomenti secondari per l'incapacità di esprimere i problemi reali o per mascherare le ragioni centrali che inducono sofferenza.

La necessità di evitare la banalità si adatta sia a situazioni di scarso rilievo, quando sembra necessario adottare criteri di ripetitività per ragioni di tempo, sia a gravi situazioni di salute, quando si devono prendere decisioni che riguardano la traiettoria vitale di una persona.

La cura non è banale se l'attore conserva la coscienza dell'importanza del suo atto sul piano concreto e su quello psicologico, cercando, allo stesso tempo, di trasmettere a chi è curato il messaggio che conferma l'importanza della relazione. Ciò vale per ogni ambito di un rapporto incisivo tra due persone, nella vita di ogni giorno. In particolare, il ridurre la clinica ad un semplicismo operativo le fa perdere di significato e anche di efficacia; molto dipende dalla percezione soggettiva dell'operatore sulla nobiltà del lavoro a contatto con un corpo e una psiche sofferenti. L'esame obiettivo, ad esempio, non è mai banale, se condotto con un'adeguata presenza fisica e partecipazione psicologica; nessuna ripetitività, resa necessaria dalle condizioni operative, potrà svalutarne l'importanza. Così la clinica inizia il suo percorso nella maniera più corretta e quindi più utile alla persona che soffre.

La cura è **gentile** perché così supera le barriere, i silenzi, i rifiuti; la gentilezza è il segno esteriore di una moralità profonda, di un desiderio sincero, che si esprime con atti visibili, di essere utile per alleviare la sofferenza dell'altro. La gentilezza non è mai noiosa, ripetitiva, pesante, ma sempre leggera, pur senza perdere di serietà e credibilità.

La **tolleranza** è un'altra caratteristica della cura. Spesso è difficile impostare un rapporto incisivo, essere accettati dalle persone alle quali si vorrebbe donare il tempo di una cura; in molti casi questo fallimento, almeno iniziale, induce ad assumere atteggiamenti di chiusura o, all'opposto, di aggressività, nel tentativo di imporre la propria presenza, perché ritenuta "oggettivamente" positiva per l'altro. Questa crisi impedisce la realizzazione di una cura efficace; si alzano muri, che poi restano e continuano a produrre aggressività reciproca.

In questi frangenti deve avvenire la scelta della tolleranza come atteggiamento irrinunciabile, non discutibile, premessa a qualsiasi ulteriore rapporto. I risultati compaiono subito, perché si interrompe una catena di aggressività più o meno conscia e così si permette la ripresa di una cura efficace. Qualcuno potrebbe sostenere che la reazione intollerante è

connaturata ai comportamenti umani; pur riconoscendo parzialmente questa valenza, sappiamo anche che la tolleranza è sorella della generosità, e che quest'ultima è indispensabile per assumere atteggiamenti apparentemente non "naturali" (come potrebbe essere la tolleranza di fronte all'aggressività altrui). Queste dinamiche valgono sia nei rapporti di cura senza valenze tecniche, sia nella cura di persone ammalate; si pensi, ad esempio, alle difficoltà che si incontrano nell'assumere un atteggiamento tollerante di fronte ai disturbi comportamentali delle persone affette da demenza, che spesso diventano gravemente disturbanti per l'equilibrio psichico di quelli che vivono vicino all'ammalato.

La cura è **inquieta** perché operata da chi sa di non bastare a se stesso e ha bisogno dell'altro. È sempre alla ricerca di modalità efficaci, si lascia contaminare dal mondo dell'altro per meglio offrirgli supporto. Ma l'irrequietezza nobile non deve mai diventare ansia tragica; il bisogno richiede serenità perché le cure siano efficaci. "Irrequietezza serena" potrebbe sembrare un ossimoro ma indica la situazione ideale per prestare cure realmente utili.

La cura **ha bisogno di tecniche**, sul piano concreto della possibilità di essere utile agli altri. La tecnica è quella specifica degli atti clinico-assistenziali, ma anche quella di chi comprende l'altro attraverso una lettura, intensa e senza intervalli, delle sue difficoltà. Perché queste sono in continua evoluzione. Le modalità di cura, sia tecnologiche sia di presa in carico umano, evolvono con il progresso scientifico e quello della cultura che modula le relazioni.

L'incontro tra il bisogno e la risposta rappresenta un punto delicato perché si sviluppa tra una relativa rigidità della tecnica (nonostante i grandi progressi del nostro tempo), la difficoltà di comprensione dell'altro nei vari momenti della vita e la continua plasticità e mutevolezza della condizione di chi riceve le cure.

La tecnologia al servizio della salute umana è stata caratterizzata negli ultimi decenni da un enorme progresso, in particolare sul piano della diagnostica strumentale, della chirurgia, dell'interventistica, dei farmaci biologici. È fortunatamente inarrestabile, destinata sempre più a costituire l'ossatura di ogni servizio clinico e quindi delle cure.

In questo ambito sono errate le critiche generiche, troppo spesso conseguenza di conoscenze limitate o di preconcetti ideologici, perché dimenticano l'efficacia che la tecnologia ha avuto negli anni recenti per migliorare la cura delle malattie, anche molto gravi (si pensi all'oncologia, alla cardiologia, ecc.). Sarà però importante definire quale diventerà nel prossimo futuro la funzione del medico e degli altri operatori, le cui "mani" potranno forse essere sostituite dalla macchina, ma la cui "testa" resterà centrale nel processo di cura. Quanto impegno di elaborazione culturale e di sperimentazione dovrà essere messo nell'impresa di caratterizzare nuovamente una funzione che ha una storia di millenni, ma che ora deve adattarsi in poco tempo a cambiamenti che avvengono ad altissima velocità!

La cura è **ottimista**, perché così è sempre in grado di identificare uno spazio per intervenire, anche nelle situazioni più drammatiche. Mounier ha definito "ottimismo tragico" la condizione psicologica di chi vuole curare nonostante tutto (rifiuti, violenze, egoismi, oggettiva mancanza di strumenti...). D'altra parte la cura si esplica molto frequentemente in contesti disperati sul piano umano e ambientale; non si chiamerebbe cura se fosse solo un atteggiamento generico. Quindi l'ottimismo tragico è giustificato e, soprattutto, necessario.

Un'altra caratteristica della cura è il **rispetto dell'altro** che si traduce prima di tutto nella rilevazione delle sue capacità naturali; è necessario bilanciare gli atti di supporto con le dinamiche piccole e grandi di chi riceve le cure, perché non devono mai essere ridotte o svilite dalla buona intenzione di aiutare.

La cura si affianca e non sostituisce, valorizza la capacità di resilienza, non cancella la possibilità di trasformare le crisi in opportunità.

I nuovi LEA sociosanitari e gli interventi sociali

Il riconoscimento dei diritti "sociali" è ancora una chimera, stante la mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte del Governo. Il contributo offre un'analisi dei contenuti dei nuovi LEA e, per l'area sociosanitaria, individua l'integrazione operativa tra le prestazioni sanitarie e le corrispondenti prestazioni sociali, offrendo uno spunto per una prima individuazione dei LEP sociali.

di [Anna Banchero](#) (Docente alla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Genova, esperta in Politiche Sociosanitarie e Sociali, già responsabile del Coordinamento Tecnico delle Regioni in materia Sociale e Sociosanitaria)

In un seminario tenutosi presso l'Università di Alessandria nel novembre 2017 il "sociosanitario" è stato definito "una scommessa incompiuta" riproponendo un tema che da decenni interessa molti studiosi e operatori dei sistemi sanitario e sociale.

In questo momento di indeterminazione politica non è facile individuare prospettive certe per un sistema della salute che sia inclusivo per tutte le fasce di fragilità, tanto meno si può contare su un sistema sociale "forte" a causa dell'indeterminatezza dei fondi che ogni anno diminuiscono. L'integrazione tra i due sistemi può diventare davvero una scommessa. La sfida del "sociosanitario" è una sfida complessa perché complessi sono i bisogni a cui si intende rispondere, per la gestione dei quali non ci si può basare su architetture casuali; occorre competenza e collaborazione di più professionisti per realizzare risposte e prestazioni appropriate e integrate.

L'intervento sociosanitario presuppone capacità di analisi, competenze normative, capacità organizzative e interesse alla soluzione dei problemi e ciò viene richiesto non solo a chi opera direttamente "sul campo" ma anche a coloro che sono titolari di ruoli politici, sia all'interno del servizio sanitario che alla guida delle amministrazioni locali e regionali. Se mancano questi presupposti, non riusciremo ad integrare attività e ruoli degli operatori afferenti ai sistemi sanitario e sociale, ma proporranno risposte affiancate che di fatto offrono soluzioni parziali, che possono anche rimuovere uno o più segmenti del problema, ma che non rispondono alla complessità dei bisogni.

Apriamo un vocabolario e vediamo il significato del termine **integrare**: completare in *maniera funzionale* attraverso opportune addizioni e compensazioni un evento, costruendo *nuovi modelli operativi* che vadano a modificare le componenti del bisogno in modo da rimuovere l'ostacolo complessivo e non solo parte di esso.

I punti di forza per realizzare l'intervento sociosanitario

Per essere più concreti, esistono punti di forza dell'operare in maniera integrata; la centralità su cui basare le azioni risolutive è il **progetto personalizzato** costruito dagli operatori sanitari e dagli operatori sociali "insieme", cioè con una lettura della realtà che viene fatta osservando la persona e valutandola secondo le proprie competenze, rivitalizzate da una discussione e da un approfondimento che nasce dall'interlocuzione di più culture, quella dei sistemi di cura e quella dei sistemi di aiuto alla persona, valutando anche gli apporti che possono venire dalla persona stessa – quando è in grado di interloquire – o dai familiari che la supportano. Sembra tutto facile, ma di fatto non è così.

Agire una lettura condivisa della realtà e farlo all'interno di una discussione significa anzitutto trovare un orario compatibile con gli impegni di tutti. Diversamente ognuno potrà offrire una lettura dei fatti dal proprio punto di vista in

attesa di incontrarsi in équipe ed integrare il quadro. Come si può capire, si tratta di due metodi completamente diversi: il primo si basa sull'interlocuzione/discussione tra conoscenze e competenze, il secondo diventa un riassunto delle impressioni/valutazioni di ciascuno.

Quanto evidenziato non è nemmeno il problema maggiore, perché a monte ne esistono altri ben più gravi che partono dagli indirizzi politico-gestionali di ciascun Ente. Se una regione non regola i processi di integrazione sul piano programmatico, economico-finanziario e gestionale l'esito inevitabile, per gli operatori sanitari e sociali, è di non disporre di un quadro di riferimento. Regolare i processi di integrazione sociosanitaria significa dare un giusto rilievo alla materia osservando regole organizzative e amministrative.

Ripercorrendo le norme che fissano il quadro dell'integrazione troviamo il DPCM 229/99 (articolo 3-septies), il DPCM 14 febbraio 2001 che attua gli indirizzi del 229 e la legge 328/2000 (Legge quadro sugli interventi e servizi sociali) che indica le "grandezze" territoriali compatibili per poter attuare gli interventi sociosanitari. L'articolo 8 della L. 328/00 prevede addirittura "incentivi" ai Comuni per favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali con Ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari, in modo che vi sia una coincidenza territoriale che consenta il dialogo politico, organizzativo e operativo. Osserviamo meglio gli elementi più strutturali della coincidenza territoriale:

1. esistenza di rapporto stabile tra Distretto sanitario e Comuni singoli o associati (o Zone sociali), che spesso, in base alla legislazione regionale, assumono anche la connotazione di Distretti Sociosanitari facilitando per i servizi l'adozione del modello a "rete," largamente sperimentato e consolidato;
2. individuazione di un Punto unico di accesso (PUA) o altro sistema comunque denominato in base all'esperienza delle singole regioni e province autonome, come luogo dove il cittadino può trovare in una stessa sede risposte ai suoi bisogni di informazione e di assistenza sociosanitaria;
3. migliori opportunità per l'emanazione di atti programmatici locali, in relazione alla normativa vigente¹ (Programma delle Attività Territoriali – PAT – e Piani sociali di Ambito/Zona) che condividano Obiettivi di Salute per la popolazione di riferimento e quindi facilitino le attività di cura, riabilitazione e reinserimento nella vita sociale in termini di continuità assistenziale per le diverse fasi della vita;
4. presa in carico personalizzata attraverso un assessment che comprenda la valutazione delle diverse dimensioni: patologia, risorse personali, sociali e familiari, aspetti reddituali, etc.;
5. elaborazione di un Piano Assistenziale personalizzato che, in base all'età e alle condizioni della persona presa in carico, possa divenire anche un "piano di vita", per rispondere ai bisogni delle diverse fasi di età e a cui applicare budget di salute costruiti in base ai livelli di gravità/complessità delle persone;
6. utilizzo di scale validate, con la prospettiva di un "set minimo", da condividere a livello nazionale, per la valutazione/classificazione dei gradi di fragilità e non autosufficienza. Per le persone con disabilità assume valore come punto di riferimento anche la Convenzione ONU per i Diritti dei disabili che raccomanda il "pieno accesso alle cure per tutte le persone con disabilità", rispettando l'approccio bio-psico-sociale e la garanzia per il disabile di realizzare il progetto di vita adulta all'interno e all'esterno della famiglia;
7. in materia di riabilitazione/reinserimento sociale, utilizzare percorsi che prendano in carico la persona dalla prevenzione, alla cura, al recupero funzionale al reinserimento nella vita sociale;
8. adottare Cartelle assistenziali/cliniche informatizzate, per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle situazioni anche per facilitare il passaggio tra i diversi "setting";
9. stabilire per i progetti sociosanitari, nel rispetto dell'afferenza ai rispettivi fondi, dotazioni finanziarie miste: es "budget di salute" (fondi sanitari, sociali, concorso della persona/famiglia, fondi integrativi, etc.), per agevolare

i processi di cura e recupero anche nel caso di scelte di tipo residenziale, sburocratizzando al massimo i processi amministrativi.

Gli elementi prima citati sono conosciuti e ben codificati in tutti i territori ma la loro contemporanea attuazione risulta difficile per tante possibili ragioni, tra cui la mancanza di conoscenze necessarie per la loro implementazione, la non presenza di tutte le condizioni necessarie per la loro attuazione, la mancata applicazione delle norme da parte delle regioni, della ASL e dei Comuni e l'interesse suscitato da questi problemi, che non risulta tale da imporre comportamenti virtuosi nei territori. L'esito di tali combinazioni è ben rappresentato dal titolo del Convegno citato in premessa *"Il sociosanitario una scommessa incompiuta"*.

Tra gli elementi sopra descritti c'è, inoltre, una difficoltà che spesso impedisce il riconoscimento dei diritti "sociali". Ci troviamo di fronte ad una mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte del Governo a cui hanno risposto tentativi delle regioni, in accordo con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), di riordinare le diverse prestazioni assistenziali locali analizzandone i contenuti e raggruppandole in **aree omogenee** anticipando i LEP sociali.

Questa è stata la strada percorsa: nel 2008 il discorso sul federalismo fiscale diventa più pressante e il 5 maggio 2009 viene approvata la legge n. 42, "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"; la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali iniziano ad operare secondo quanto indicato dal Decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" allo scopo di giungere ad una valutazione finanziaria sul costo dei servizi, anche in relazione alla soppressione dei Fondi nazionali e all'individuazione di criteri per articolare il Fondo di perequazione.

Attraverso studi e approfondimenti, oltre alla rilevazione della spesa sociale e alla valutazione dei fabbisogni per giungere ai costi standard, è stato preso a riferimento l'articolo 22, comma 4, della legge 328/2000 e si sono individuati i **servizi sociali maggiormente diffusi sul territorio nazionale**, da consolidare in ciascun ambito territoriale:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Codifica, in accordo con il MLPS ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), del **Nomenclatore Interregionale degli Interventi e dei Servizi Sociali** ai fini di esigenze conoscitive e di informazioni attendibili. In pratica i servizi di maggior rilievo sopra richiamati, sono stati classificati seguendo le indicazioni della legge 328/2000, in maniera tale da semplificare le diverse denominazioni attribuite da Comuni e Regioni e ne sono stati valutati i contenuti omogenei in modo da giungere a quanto auspicato dalla stessa legge Quadro del 2000, ovvero un Sistema Informativo dei Servizi Sociali, conforme alle classificazioni dei servizi già adottate anche a livello europeo. Ciò ha rappresentato un primo e importante passo da parte delle regioni.

Il Nomenclatore Nazionale delle prestazioni e degli interventi sociali, approvato dai Presidenti delle Regioni il 29 ottobre 2009 e aggiornato sul piano delle terminologie e dei contenuti nel 2014, ha provveduto ad un raggruppamento delle prestazioni definendo le **macro aree**, come sotto specificate, al cui interno sono individuati **"obiettivi di servizio"** recepiti anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e inseriti nei riparti del Fondo Nazionale Politiche Sociali

per il triennio 2014/2017. Il termine “obiettivi di servizio” ha seguito la terminologia europea per specificare le attività condotte all’interno di quella determinata macro area:

ACCESSO E PRESA IN CARICO
Comprendenti tra l’altro: Servizio sociale professionale, Segretariato sociale, Servizi per i minori tra cui affidamento, adozione, mediazione familiare e interventi di sostegno alla genitorialità.
INTERVENTI E MISURE PER L’ASSISTENZA DOMICILIARE E IL SOSTEGNO EDUCATIVO
Comprendenti tra l’altro: Assistenza domiciliare socio-assistenziale, ADI integrata, sostegni diversi per domiciliarità: pasti, lavanderia, buon vicinato, gruppi di auto aiuto, forme di sostegno economiche per anziani e adulti in difficoltà, teleassistenza e telesoccorso, interventi per favorire l’autonomia personale, sostegno socio educativo domiciliare e territoriale .
NIDI E SERVIZI INTEGRATIVI PER LA PRIMA INFANZIA
Comprendenti tra l’altro: Asili Nido, servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, anche con contributi erogati alla famiglia per l’accesso ai nidi e ai servizi integrativi.
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE FRAGILITA’
Comprendenti tra l’altro: Presidi residenziali socio-assistenziali e integrati sociosanitari, sostegno economico al pagamento delle tariffe sociali e i e sociosanitarie; Centri diurni semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi, anche con sostegno finanziario ai costi delle tariffe; Centri diurni di protezione sociale, anche con sostegno economico ai costi delle tariffe; Centri occupazionali e laboratori protetti.
INTERVENTI E MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA
Comprendenti tra l’altro: Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio, contributi economici per facilitare avvio al lavoro, interventi economici e altre forme di aiuto per il reperimento di alloggi, servizi di mediazione culturale e sociale, distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc.), aree attrezzate per nomadi e ROM, servizi per l’igiene personale, trasporto sociale e aiuti (anche sotto forma di contributi) per la mobilità. Attività ricreative e di socializzazione, Ludoteche, Centri di aggregazione sociale, Centri diurni estivi e Centri per le famiglie.
MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO
Comprendenti tra l’altro: Buoni spesa o buoni pasto, Contributi economici di integrazione del reddito, altre forme di contributi economici a titolo di prestito/prestato d’onore, contributi economici per alloggio, contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, contributi per servizi alla persona, contributi per i servizi scolastici, più recentemente il reddito di inclusione (REI).

Tabella 1

Le definizioni espone sono state riconosciute anche dalla Conferenza Unificata (Stato, Regioni e Comuni) con l’Accordo del 7 maggio 2015.

Le azioni descritte indicano un percorso che può essere utilizzato per la definizione dei LEP sociali perché, in base al disposto dell’art. 22, comma 4, della legge 328/2000, vengono fissati i servizi già regolati dalle Regioni e dai Comuni e

funzionanti in ciascun ambito territoriale² come interventi maggiormente e omogeneamente diffusi a livello nazionale. Si tratterebbe di un primo tentativo, anche a livello sperimentale, di riconoscere come livelli di assistenza le attività già presenti nei diversi territori che, con il Fondo Nazionale delle Politiche sociali maggiormente consolidato anche con incrementi annuali (compatibili con la finanza pubblica) in accordo con Regioni e Comuni, potrebbero essere gradualmente potenziate (come del resto è avvenuto anche on gli ultimi riparti del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali), partendo dai livelli meno consolidati. I livelli individuati andrebbero a completare l'unico LEP esistente in campo sociale, il REI (reddito di inclusione) approvato nel 2016/17.

La strada intrapresa non sarebbe differente da quella dei LEA in sanità, partiti da attività esistenti ed il cui loro perfezionamento, ha richiesto più di dieci anni di lavoro e di aggiustamenti operativi che hanno portato, ad oggi, a livelli più completi e moderni, declinati nel DPCM del gennaio 2017. L'auspicio è che il nuovo Governo proceda celermente anche ad una prima individuazione del LEP sociali seguendo il percorso già avanzato e di cui si è dato conto nelle righe precedenti, anche per poter garantire, soprattutto alle categorie più deboli e fragili, una risposta unitaria in campo sociosanitario.

Raggiungere oggi un livello più avanzato nell'integrazione sociosanitaria, oltre a garantire i diritti dei più deboli, aprirebbe la strada a ciò che i provvedimenti del Terzo Settore hanno indicato come "**integrazione comunitaria**" con nuove prospettive di lavoro, facendo sinergia tra i finanziamenti per potenziare i servizi, gli investimenti per il Terzo Settore, quelli europei ed i programmi di Industria 4.0 (si pensi ad esempio alla Domotica per i non autosufficienti e disabili gravi). Le diseguaglianze aumentano e con esse la fragilità dei più deboli; forse è utile a questo proposito richiamare il rapporto di Jacques Delors, dove l'attenzione alla persona è un obiettivo da perseguire per *cittadini che vogliono abitare responsabilmente il mondo*. Prendersi cura dei più deboli è da considerarsi un bene comune anche da economisti (a partire da Amartya Sen) che considerano il miglioramento delle condizioni di vita, come motore che diminuisce le diseguaglianze, aumenta la produttività e quindi lo stesso reddito nazionale.

Nella Tabella 2, in allegato, utilizzando le ipotesi sui raggruppamenti dei servizi sociali descritte, si è effettuata un'analisi dei contenuti dei nuovi LEA, (DPCM 12 gennaio 2017) e per l'area sociosanitaria si è individuata l'integrazione operativa tra le prestazioni sanitarie e le corrispondenti prestazioni sociali per esemplificare il significato di una concreta integrazione, che consenta di erogare un sociosanitario avanzato e, contemporaneamente, offrire lo spunto per una prima individuazione dei LEP sociali.

Note

1. Dlgs 229/99, Dpcm 14.02.2001, DPCM 12 gennaio 2017, leggi regionali, Piani e Progetti ministeriali, regionali e locali, etc.
2. – servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
– servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
– assistenza domiciliare;
– strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
– centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

I nuovi Lea sociosanitari e gli interventi sociali, di Anna Banchemo

Tabella 2

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA (DPCM 12/01/2017)	PRESTAZIONI	SERVIZI SOCIALI E SOCIALI A RILIEVO SANITARIO (*)	PRESTAZIONI (obiettivi di servizio)
Punto Unico di Accesso/Sportello integrato/Sportello di cittadinanza	Cura l'accesso alle Prestazioni sanitarie di base e sociosanitarie. Provvede ad orientare le persone e a fornire risposte a bisogni "semplici". Se necessario (casi complessi) provvede alla segnalazione ai servizi specialistici ambulatoriali domiciliari e residenziali per la valutazione multidimensionale.	Servizi per l'accesso e la presa in carico	Segretariato Sociale: provvede ad accoglienza, orientamento, informazione e consulenza. Si rapporta con gli altri punti della rete sociale e sociosanitaria. Disponibilità di mediatori culturali ove necessaria per i cittadini stranieri extracomunitari con o senza il permesso di soggiorno
Servizio Sociale Professionale	Opera, prevalentemente "per la presa in carico" di tipo sociale, all'interno dei servizi Materno infantili, Anziani, Disabili, Salute mentale e Dipendenze e nelle sedi Ospedaliere. Svolge anche attività di progettazione.	Servizi per l'accesso e la presa in carico	Servizio Sociale Professionale: opera all'interno della rete dei servizi sociali per la presa in carico delle persone che presentano bisogni di aiuto e accompagnamento, raccordandosi con il Servizio Sociale presente nelle ASL. Provvede anche ad aspetti organizzativi, di amministrazione e di progettazione dei servizi.
Cure domiciliari prestazionali (art.23)	Prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche se ripetuti nel tempo, non richiedono presa in carico del paziente, né valutazione multidimensionale.	Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio	Interventi di supporto familiare (se richiesti)
Cure Domiciliari (art. 23)	Cure domiciliari integrate (ADI) Insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e di aiuto infermieristico, riabilitativi, integrati con aiuto sociale, prestati da personale qualificato per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, assicurando continuità tra trattamenti ospedalieri e domicilio. Il bisogno clinico, funzionale/sociale è accertato tramite strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la definizione del Programma di Assistenza Individualizzato (PAI). I trattamenti medico, infermieristici, riabilitativi e tutelari comprendono anche erogazione di farmaci, analisi	Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio	Interventi per supportare la domiciliarità: aiuto domestico familiare (preparazione pasti, igiene della casa, acquisto derrate alimentari e altre commissioni) Interventi economici per favorire l'autonomia personale e sostenere la persona a domicilio (pagamento utenze, lavori manutentivi all'alloggio, etc) Aiuto personale di base a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, per lo svolgimento di funzioni della vita quotidiana (compreso igiene personale), escludendo interventi sociosanitari professionali erogati dal sistema sanitario. Pronto intervento sociale per supportare la domiciliarità:

	<p>cliniche e altra diagnostica, presidi protesici, sanitari e di carattere integrativo (es: alimentazione particolare). Le prestazioni si articolano con continuità assistenziale. in base al CIA (coefficiente intensità assistenziale) con diversi livelli di intensità, fino ad un massimo 6/7 giorni settimanali.</p> <p>Le prestazioni di assistenza tutelare professionale e aiuto infermieristico alla persona <u>sono a interamente a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta</u>. Successivamente sono <u>a carico del SSN per il 50 %</u>.</p> <p>Le cure domiciliari, sono attivate dal MMG, dai Servizi Sociali e dai familiari secondo le indicazioni regionali. Seguono un proprio iter i protocolli di dimissioni ospedaliere protette. Il MMG è coinvolto in tutto il processo assistenziale ed è responsabile dei processi di cura.</p>		prestazioni di assistenza e controllo domiciliare per casi di "emergenza sociale" collocati nell'ambito dei servizi di prossimità o nelle cure domiciliari (Possono agire come attività di sorveglianza nei periodi di ondate di calore/freddo)
Cure Palliative (art.23)	<p>Cure Palliative domiciliari, rivolte a persone con patologie ad andamento cronico evolutivo in base alla legge 38/2010 con protocolli formalizzati all'interno della Rete le caratteristiche di presa in carico (del paziente e dei familiari), la valutazione multidimensionale e il progetto assistenziale. Sono articolate su due livelli (base e specialistico in base alla complessità dei bisogni) in relazione al livello di complessità del paziente.</p> <p>Le cure palliative sono erogate anche a favore dei malati terminali (oncologici e non), sono programmate sui 7 giorni settimanali e per i casi particolarmente complessi è prevista la disponibilità medica sulle 24 ore.</p>	Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio	Interventi di supporto familiare (se richiesti)
Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie. (Art.24)	Prestazioni domiciliari, medico specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative in termini di consulenza per la coppia, la genitorialità, la procreazione responsabile, la gravidanza, il puerperio, la nascita, i minori, gli adolescenti, ivi comprese	Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari	Interventi per supportare la coppia, la famiglia, la donna, il minore e l'adolescente: prestazioni a carattere socio-educativo domiciliare, prestazioni di aiuto economico e supportivo alloggiativo. Prestazioni di supporto sociale alle istituzioni scolastiche.

	consulenze e trattamenti psicologici e psicoterapeutici (anche in collaborazione con istituzioni scolastiche) Assistenza anche psicologica per maltrattamenti, incluso il bullismo, abusi e violenze di genere e sessuali. Collaborazione con PDLs e MMG.		Prestazioni sociali in materia di affido e adozioni (anche internazionali). Collaborazione con i Tribunali per i minori e le Prefetture. Prestazioni di aiuto e supporto sociale ai minori e adolescenti per contrastarne l'abuso e la violenza. Prestazioni di aiuto e supporto sociale per contrastare abusi e violenza di genere (leggi 66/94, 38/2009, 119/2013)
Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuro psichiatrico e del neurosviluppo (art.25)	Individuazione precoce dei disturbi, collegamento con le strutture ospedaliere e i Pediatri, valutazione diagnostica multidisciplinare e psicoterapeutica, abilitazione e riabilitazione, interventi psicoeducativi in collegamento con la scuola e di supporto alle autonomie quotidiane. Supporto e orientamento alla famiglia per le terapie e la riabilitazione. collegamento con le istituzioni scolastiche, collegamento con i servizi per le Dipendenze e con la Salute Mentale, etc.	Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari	Interventi sociali di supporto alla famiglia e al minore. Supporto alle istituzioni scolastiche e altri interventi a carattere sociale come indicati al precedente paragrafo.
Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali (art. 26)	Individuazione precoce dei disturbi, collegamento con le strutture ospedaliere e i Pediatri, valutazione diagnostica multidisciplinare, definizione e attuazione di un programma terapeutico, ivi compresa prescrizione e distribuzione terapie farmacologiche, psicoterapia individuale, di coppia, familiare, di gruppo), interventi di supporto alla famiglia, interventi per favorire il recupero dell'autonomia e per l'inserimento sociale e lavorativo, etc. collegamento con i servizi per i minori (continuità assistenziale) e con i servizi per le Dipendenze.	Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito	Interventi di supporto sociale, di promozione e supporto per l'inserimento sociale e lavorativo. Altre prestazioni di aiuto sociale che agevolino l'inserimento/reinserimento sociale della persona con disturbi mentali.
Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità (art. 27)	Valutazione diagnostica multidisciplinare, definizione e attuazione di un programma terapeutico, riabilitativo personalizzato, ivi comprese le terapie farmacologiche, psicoterapia, supporto alla famiglia, abilitazione e riabilitazione delle funzioni compromesse, supporto alla famiglia. Collegamento e collaborazione con le strutture ospedaliere specialistiche, Pediatri e MMG. Supporto per l'utilizzo di protesi e ausili che favoriscano il recupero dell'autonomia. Supporto all'inserimento sociale, scolastico e lavorativo, secondo la legge 104/1992.	Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito	Interventi di supporto sociale, di promozione e supporto per l'inserimento sociale e lavorativo. Altre prestazioni di aiuto sociale che agevolino l'inserimento/reinserimento sociale della persona con disabilità.
Assistenza sociosanitaria alle	Accoglienza e valutazione diagnostica multidisciplinare,	Misure per l'inclusione sociale	Interventi di supporto sociale e di promozione al

<p>persone con dipendenze patologiche (art. 28)</p>	<p>definizione e attuazione di un programma terapeutico di recupero, somministrazione di terapie farmacologiche sostitutive, psicoterapia, supporto alla famiglia, promozione gruppi di sostegno per familiari e persone con dipendenze patologiche (incluso il gioco d'azzardo e le dipendenze dalle tecnologie). Collaborazione con le strutture ospedaliere, con i servizi di Salute Mentale e Servizi per i minori, con Pediatri e MMG. Supporto per la scuola, supporto alla famiglia. Supporto per il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo, Specifici interventi per detenuti con dipendenza.</p>	<p>e sostegno al reddito</p>	<p>reinserimento sociale, scolastico e lavorativo. Interventi di supporto sociale alla famiglia.</p>
<p>Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (art. 29)</p>	<p>Il SSN garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che presentano livelli di complessità, instabilità clinica e necessità di supporto alle funzioni vitali e/o con gravissima disabilità che necessitano anche di continuità assistenziale, pronta disponibilità medica e presenza infermieristica nelle 24 ore (anche con il ricorso alla telemedicina e al teleconsulto). La durata del trattamento è fissata dalle Regioni e Province Autonome. <u>A totale carico del SSN.</u></p>		<p>Eventuale supporto dei servizi domiciliari per il rientro a domicilio</p>
<p>Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti (art. 30)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti che richiedono elevata tutela sanitaria e continuità assistenziale (di norma non superiori ai 60 gg.) <u>A carico del SSN.</u> – Trattamenti estensivi di lungoassistenza, recupero e mantenimento (compresi interventi di sollievo), riorientamento in ambiente protesico, etc. per persone non autosufficienti o affette da demenza. <u>50% a carico del SSN.</u> – Trattamenti semiresidenziali (diurni) di cura e recupero funzionale, riorientamento in ambiente protesico, etc. a persone non autosufficienti richiedenti bassa tutela sanitaria. <u>50% a carico del SSN.</u> 	<p>Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito</p> <p>Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità</p>	<p>Concorso alla spesa per la quota sociale a favore di e persone adulte prive di reddito</p> <p>Strutture residenziali di accoglienza sostitutive delle cure familiari, quali Comunità alloggio, Alloggi protetti, Centri diurni di tipo socializzante, etc. con erogazione di assistenza alla persona di carattere alberghiero. Assistenza sanitaria a carico del SSN.</p>

Assistenza socio sanitaria residenziale alle persone in fase terminale della vita (art.31)	<p>La rete delle Cure Palliative garantisce alle persone in fase terminale della vita per malattie progressive a prognosi infausta un complesso integrato di trattamenti residenziali (Hospice) per il controllo del dolore, ivi compresa la nutrizione artificiale, l'idratazione ed il sostegno psicologico e spirituale nonché il sostegno alla persona e alla famiglia nell'accompagnamento alla morte e l'elaborazione del lutto.</p>		<p>Se necessario. eventuale supporto del Servizio Sociale</p>
Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art. 32)	<p>Trattamenti terapeutici residenziali e semiresidenziali nei confronti di minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, comprensivi di presa in carico valutazione multidimensionale e diversi livelli di intensità terapeutico-riabilitativa. In base al supporto del contesto familiare i trattamenti sono forniti anche in regime semiresidenziale.</p> <p><u>A totale carico del SSN.</u></p>	Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari	<p>Supporto per facilitare il reinserimento sociale e scolastico del minore</p>
Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33)	<p>Sono garantite cure e riabilitazione alle persone con disturbi mentali previa presa in carico, valutazione multidimensionale e piano terapeutico individualizzato in strutture con diversa intensità assistenziale (alta intensità, a carattere estensivo e trattamenti socioriabilitativi). In base all'intensità di trattamento variano i requisiti di personale. Sono garantiti per il livello intensivo ed estensivo anche i trattamenti semiresidenziali. <u>Sono a totale carico del SSN</u> trattamenti <u>intensivi</u> ed <u>estensivi</u>, mentre i trattamenti socioriabilitativi sono a carico del SSN per il 40% della tariffa giornaliera.</p>	Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito	<p>Supporto per il reinserimento sociale e lavorativo, in relazione al reddito, concorso alla componente sociale della tariffa socioriabilitativa.</p>
Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disabilità (art.34)	<p>Sono garantite alle persone di ogni età con disabilità fisica, psichica e sensoriale trattamenti riabilitativi residenziali e semiresidenziali comprensivi di presa in carico, valutazione multidimensionale e progetto riabilitativo personalizzato. I trattamenti sono articolati in base alla disabilità in intensivi, estensivi, socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità residue. Sono a <u>totale carico del SSN</u> i</p>	Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito	<p>Supporto per il reinserimento sociale supporto alla famiglia, supporto per il reinserimento scolastico e professionale. Azioni per sostenere l'autonomia, la qualificazione professionale e l'inserimento al lavoro.</p> <p>In relazione al reddito, concorso alla componente sociale della tariffa socioriabilitativa.</p>

	<p>trattamenti <u>intensivi ed estensivi</u>, mentre quelli socioriabilitativi sono a carico del SSN per il <u>70% della tariffa giornaliera</u></p> <p>Il SSN garantisce ai disabili (con accompagnatore) di cui all'art. 1 comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104 cure all'estero in Centri di altissima specializzazione, concorrendo alla spesa in base al DPCM 1/12/2000 e Accordi Stato-Regioni e Province Autonome.</p>	<p>Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità</p>	<p>Dopo di Noi, Comunità alloggio, Alloggi protetti, Laboratori e centri occupazionali, con assistenza alla persona sostitutiva alle cure familiari particolarmente per disabili adulti con limitata autonomia, attività di socializzazione e assistenza alberghiera, progetti di vita. Le prestazioni sanitarie e riabilitative sono fornite dal SSN</p>
<p>Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con dipendenze patologiche (art.35)</p>	<p>Il SSN garantisce alle persone con dipendenze patologiche (anche detenute), incluse dipendenze da gioco valutazione multidimensionale, presa in carico, piano terapeutico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e pedagogico-riabilitativi (anche semiresidenziali) con programmi di diversa intensità e durata. I trattamenti terapeutico-riabilitativi sono garantiti a chi a presenta anche disturbi psichiatrici. I trattamenti residenziali e semiresidenziali <u>sono a totale carico del SSN.</u></p>	<p>Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito</p>	<p>Interventi sociali di supporto alla famiglia e alle persone con dipendenza: azioni di supporto per il reinserimento sociale e promozione di azioni per l'inserimento al lavoro.</p>

(*) Accordo in Conferenza Unificata del 7 maggio 2015

Le cure intermedie in Italia: riflessioni su un percorso in atto

Le strutture di cure intermedie costituiscono, in Italia, un nuovo setting assistenziale residenziale sanitario, "intermedio" fra ospedale e territorio. Le regioni italiane, negli anni recenti, hanno declinato le indicazioni ministeriali riguardanti questa tipologia di struttura con un'ampia variabilità. Quali i rischi e le opportunità?

di [Franco Pesaresi](#) (Direttore dell'Azienda servizi alla persona «Ambito 9» di Jesi (An))

A cura di: [Giselda Rusmini](#)

La comunità internazionale non ha ancora raggiunto una definizione univoca di "cure intermedie" (Bartoli *et al.*, 2012; Melis *et al.*, 2004). Ci sono interpretazioni molto diverse in campo. Taluni paesi le considerano delle soluzioni strutturali ben individuate o unità operative, mentre altri, come l'Inghilterra, le ritengono una modalità di intervento, un processo assistenziale da realizzare attraverso il concorso di molteplici servizi (Bartoli *et al.*, 2012; Comodo e Maciocco, 2004). I diversi paesi sono partiti dalla volontà di garantire una migliore continuità assistenziale ed una assistenza territoriale più appropriata, ma hanno poi sviluppato in modo diverso il concetto di cure intermedie adattandolo alla propria preesistente organizzazione e alle proprie necessità.

In assenza di modelli europei condivisi, anche l'Italia ha avviato il percorso di introduzione delle cure intermedie, con una sua specifica caratterizzazione organizzativa. La letteratura prodotta in questi ultimi anni è in parte fuorviante per interpretare il fenomeno delle cure intermedie in Italia. Molti studiosi hanno inserito all'interno delle cure intermedie una serie molto ampia di servizi che comprendono, a seconda dei casi, tutti i servizi residenziali e semiresidenziali o, in alternativa, tutti i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. In realtà le norme nazionali hanno identificato nelle cure intermedie un nuovo setting assistenziale residenziale sanitario.

La struttura per le cure intermedie

Negli ultimissimi anni, prima l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e poi il Ministero della Salute con il Decreto ministeriale n. 70/2015, hanno identificato la "struttura per le cure intermedie" (SCI) quale nuova struttura residenziale sanitaria extraospedaliera, con le caratteristiche indicate nella Tabella 1 (Pesaresi, 2015). All'interno di tale tipologia, secondo il D.M. n. 70/2015, è il cosiddetto ospedale di comunità.

Caratteristiche	Descrizione
Definizione	Per struttura intermedia si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza. Una di queste è l'ospedale di comunità.
Posti letto	Obiettivo: 0,4 p.l. ogni 1000 abitanti. Modulo da 15-20 posti letto.
Assistenza medica	E' assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.
Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale	Fa capo al distretto ed è gestita da personale infermieristico.
Standard di personale	L'assistenza viene garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi: <ul style="list-style-type: none"> - 1 coordinatore infermieristico; - 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari a: <ul style="list-style-type: none"> - 1 infermiere ogni 8 ospiti; - 1 OSS ogni 2 ospiti; - 1 terapeuta/fisioterapista o altra figura professionale ogni 20 ospiti.
Pazienti	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario: <ul style="list-style-type: none"> - consolidare le condizioni fisiche; - continuare il processo di recupero funzionale; - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero. - Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera. - Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio, che non dispongono di un domicilio idoneo (strutturale e familiare). - Pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa.
Modalità di remunerazione	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera la quale può essere a meno a carico dell'utente.
Durata del ricovero	La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
Accesso	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'ingresso è regolato attraverso l'Unità di Valutazione Multif dimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano Medico Curante, Caposala, Responsabile UVM, infermiere delle Cure Primarie titolari del percorso Dimissioni Protette, Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la Famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: <ul style="list-style-type: none"> - della scheda di Valutazione Multif dimensionale; - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio); - del piano di assistenza personalizzato (PAI) che preveda il successivo rientro a domicilio o la collocazione in altra struttura.
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. Per tutti i pazienti la definizione del PAI, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare.
Explicitazione dei risultati attesi	Ala dimissione viene nuovamente compilata la scheda di Valutazione Multif dimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso (dalla UVM).
Sede fisica	Allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

Tabella 1 – La struttura di cure intermedie secondo il DMS 70/2015 e l'Agenas
Fonte: Decreto Ministero Salute n. 70/2015 e Agenas (2011).

La motivazione che ha indotto lo Stato italiano a introdurre nel sistema una nuova struttura residenziale va ricercata nella difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta (Pesaresi, 2014). L'Agenzia sanitaria nazionale ha spiegato che le strutture residenziali rispondono solamente in minima parte a questo tipo di esigenze, e quindi impediscono, anche nelle regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore (Agenas, 2011).

La nuova struttura assistenziale è "intermedia" fra ospedale e territorio. Nel senso che è intermedia fra ospedale ed altre strutture residenziali ma anche intermedia fra ospedale e domicilio. Il problema è che tale nuovo setting assistenziale va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione.

L'organizzazione delle cure intermedie nelle regioni

Le regioni italiane hanno avviato l'attuazione di queste nuove indicazioni ministeriali con un'ampia variabilità. Tutte le norme regionali hanno identificato nelle cure intermedie un nuovo setting assistenziale residenziale sanitario che in talune regioni può svilupparsi in due diversi modelli organizzativi.

Le denominazioni identificate dalla normativa nazionale – strutture di cure intermedie ed ospedali di comunità – sono state utilizzate dalla maggioranza delle regioni. Alcune hanno invece utilizzato una terminologia diversa per indicare strutture che hanno caratteristiche assimilabili a quelle del primo e maggioritario gruppo di regioni. Per questo motivo anch'esse sono state inserite tra le 15 regioni che hanno regolato l'attivazione delle cure intermedie, indicate nella Tabella 2.

Regioni	Denominazioni delle strutture di cure intermedie
Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Sardegna	Ospedali di comunità
Lombardia, Umbria	Cure intermedie
Liguria	Strutture di cure intermedie (SCI)
Lazio	Unità di degenza (a gestione) infermieristica
Friuli Venezia Giulia	RSA livello di assistenza medio (per trattamenti assistenziali intensivi)
Marche	Cure intermedie: 1) country hospital (CH) 2) struttura intermedia integrata (SII)
Piemonte	Continuità assistenziale a valenza sanitaria
Toscana	a) Low care (setting 1) b) Residenzialità sanitaria intermedia (setting 2) c) Residenzialità assistenziale intermedia (setting 3)
Veneto	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità b) Unità riabilitativa territoriale

Tabella 2 – Le denominazioni delle strutture di cure intermedie

Fonte: elaborazione dell'autore

Le Strutture di cure intermedie sono caratterizzate dall'accesso attraverso l'unità valutativa multidimensionale (UVM), dalla redazione del piano assistenziale individualizzato (PAI) e dalla temporaneità della degenza. Gli obiettivi prevalenti sono quelli della stabilizzazione/recupero funzionale del paziente fragile unitamente alla gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati, garantire la continuità assistenziale in uscita dall'ospedale).

Sebbene non sia possibile presentare un quadro complessivo rispetto a come ed in che misura le indicazioni nazionali e regionali sono state attuate, in quanto non ci sono dati ed in molti contesti l'esperienza delle cure intermedie è troppo recente, l'analisi approfondita della normativa regionale¹ permette di mettere in luce un primo quadro di rischi e di opportunità.

Rischi ed opportunità

Il nuovo setting assistenziale: un'opportunità

Pur nella varietà della terminologia e delle diverse esperienze regionali, le strutture di cure intermedie si configurano, comunque, come strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera, ad alta intensità assistenziale, a vocazione internistica (e in qualche caso anche riabilitativa: Piemonte, Veneto) da utilizzare quando l'ospedale, il domicilio e la residenzialità sociosanitaria risultano inappropriati. Gli obiettivi prevalenti sono quelli del recupero funzionale del paziente fragile, della preparazione dell'ambiente familiare al ritorno al domicilio del paziente e della gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento, garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio).

Nel diversificato panorama nazionale sono emersi due diversi modelli organizzativi: un primo modello che assume spesso la denominazione di ospedale di comunità in cui la gestione organizzativa viene affidata agli infermieri e la

gestione clinica dei pazienti viene affidata ai MMG; un secondo modello più tradizionale con direzione della struttura e gestione clinica dei pazienti affidata ad un medico dipendente della ASL, che in qualche caso ha uno specifico orientamento specialistico (per esempio riabilitativo).

L'introduzione di elementi di innovazione, la presenza di due modelli principali di riferimento che dovrebbe garantire la necessaria flessibilità del sistema e l'esplicita missione della garanzia della continuità assistenziale dei pazienti mette le cure intermedie in condizione di rappresentare una possibile soluzione ad alcune criticità del sistema sanitario.

L'organizzazione delle cure intermedie: un rischio

Ma se quelli appena visti sono gli elementi prevalenti emergenti che caratterizzano le cure intermedie, altra cosa è la loro attuazione nelle singole regioni.

La "gioventù" dell'esperienza e la tendenza delle regioni italiane a muoversi in ordine sparso non hanno favorito la creazione di modelli organizzativi di riferimento. Diversi elementi contribuiscono a definire un modello organizzativo per le strutture di cure intermedie: per esempio la durata della degenza (breve-lunga); la responsabilità organizzativa (infermiere-medico); la responsabilità clinica e l'assistenza medica (MMG-medico dipendente); gli standard assistenziali (alti-bassi).

Le regioni su questi ed altri aspetti hanno fatto scelte molto diversificate e disomogenee che, per ora, hanno prodotto tanti modelli regionali quante sono le regioni che si sono misurate con le cure intermedie.

Adesso occorre sperimentare le strutture per le cure intermedie per arrivare alla definizione di un piccolissimo numero di modelli organizzativi condivisi ed efficaci perché certo non si può ipotizzare che, a regime, le medesime strutture in regioni diverse erogino, per esempio, il doppio dell'assistenza (in minuti di assistenza giornalieri per paziente) di altre.

Le risorse: un rischio

Le Cure Intermedie sono state introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di ridurre i costi sanitari legati ad un'impropria occupazione dei posti letto nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. E' così anche per l'Italia?

In buona parte si può rispondere di sì. L'introduzione in Italia delle strutture di cure intermedie sono la risposta a due spinte contrapposte: da un lato la spinta al contenimento della spesa sanitaria che ha portato ad una costante riduzione dei posti letto ospedalieri e ad una ridefinizione della loro attività, e dall'altro lato la spinta proveniente dai mutati bisogni della popolazione italiana che invecchiando chiede al sistema di far fronte in modo crescente alla gestione delle condizioni croniche (specie ad alta complessità) e della non autosufficienza.

Le risorse sono dunque uno dei driver della scelta politica ma senza risorse non si può innovare il sistema. Eppure le regioni, in genere, hanno previsto la realizzazione delle strutture di cure intermedie senza stanziare risorse aggiuntive per la loro realizzazione. Dato che le cure intermedie sono ottenute dalla riconversione di strutture ospedaliere, secondo quasi tutte le regioni, le risorse da utilizzare sono le stesse che si liberano dalla riconversione ospedaliera.

Questo orientamento ha rallentato il processo di sviluppo delle strutture di cure intermedie e non ne ha permesso un avvio davvero originale e di qualità, dovendo fare i conti con i modelli organizzativi e strutturali preesistenti. La disponibilità di risorse aggiuntive, anche solo nella fase iniziale di avvio, è invece indispensabile per far partire nel modo giusto un nuovo modello assistenziale ed organizzativo anche laddove sono disponibili delle risorse da riconvertire.

Il rischio delle sovrapposizioni

La creazione di un nuovo setting assistenziale crea rischi significativi di sovrapposizione. Le Strutture di cure intermedie vanno a collocarsi fra la Lungodegenza post-acuzie e le RSA (ed altre strutture residenziali similari) sovrapponendosi per taluni aspetti all'una e all'altra tipologia.

A ben guardare, in termini assistenziali le Cure intermedie si differenziano dalla Lungodegenza post-acuzie per una

minore presenza medica e dalle RSA per una maggiore assistenza infermieristica e dell'OSS. Non sfugge però che i livelli di assistenza infermieristica e di OSS garantiti dalle strutture di cure intermedie di alcune regioni sono assimilabili a quelli previsti per le RSA in altre regioni (Chiatti *et al.*, 2013; Masera *et al.*, 2011) per cui occorrerà ridefinire i modelli assistenziali e gli standard assistenziali per utilizzare al meglio le risorse messe in campo e per assegnare ad ogni struttura una specifica funzione.

Molti altri valori e standard delle strutture di cure intermedie sono intermedi rispetto alla Lungodegenza post-acuzie e alle RSA, come la degenza media che si colloca solo lievemente al di sopra di quella dei reparti ospedalieri post-acuzie e molto al di sotto delle RSA, o come la tariffa di riferimento che, addirittura in base alla norma, deve collocarsi fra le due strutture.

Le cure intermedie, per la loro collocazione, presentano rischi significativi di utilizzo inappropriato sia in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) che in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero). Eppure poche regioni hanno posto la dovuta attenzione sul sistema di valutazione dei pazienti e su un adeguato sistema informativo per verificare il corretto funzionamento delle strutture.

Per questo occorre definire bene funzione ed organizzazione delle strutture di cure intermedie ma anche delle RSA e delle unità ospedaliere di Lungodegenza per evitare sovrapposizioni e confusioni che mettano in discussione l'efficacia del sistema. L'appropriatezza si persegue solo se sono chiari i ruoli, la tipologia dei pazienti, gli obiettivi delle diverse unità operative e le differenze che su questi aspetti caratterizzano l'una o l'altra struttura. Il rischio è che i pazienti possano indifferentemente essere accolti nell'una o nell'altra tipologia di struttura indipendentemente dalle loro condizioni e necessità, o che si registrino diatribe opportunistiche tra i professionisti su quale debba essere la struttura di ricovero per i pazienti più impegnativi, rendendo del tutto inutile l'introduzione della struttura di cure intermedie.

I rischi per la lungodegenza post-acuzie

L'altro nodo riguarda il rapporto fra Lungodegenza ospedaliera post-acuzie e le strutture di cure intermedie. Queste ultime sono destinate a sostituire le Lungodegenze ospedaliere?

Negli ultimi 20 anni la programmazione sanitaria nazionale ha ridotto da 0,50 ad almeno 0,20 i posti letto per mille abitanti per la lungodegenza post-acuzie mentre i posti letto attivi sono passati da 0,20 a 0,17 posti letto per mille abitanti. Nel contempo, il programmatore nazionale propone le strutture per le cure intermedie che pur mantenendo la caratteristica di struttura extraospedaliera presenta uno standard assistenziale più importante, capace di intercettare ed assistere un target di pazienti che, in parte, oggi fanno capo alle Lungodegenze. Per le cure intermedie si propone una dotazione di posti letto che è di 0,40 per mille abitanti, addirittura doppia di quella oggi indicata per la Lungodegenza post-acuzie. C'è da chiedersi se le strutture per le cure intermedie, nel tempo, soppianderanno le Lungodegenze ospedaliere che oggi sono in riduzione o se si affiancheranno ad esse.

Il ridimensionamento delle lungodegenze ospedaliere post-acuzie costituisce un rischio per l'organizzazione ospedaliera e per il mantenimento della completezza della rete dell'assistenza post-acuzie. Le cure intermedie non sono in grado di sostituirsi ad esse. Le unità di lungodegenza post-acuzie sono necessarie per le situazioni più instabili che hanno bisogno di una presenza medica prolungata e della possibilità di accedere tempestivamente ad una pluralità di servizi ospedalieri, da quelli diagnostici cure alle specialistiche. Peraltro, proprio la stabilizzazione dei pazienti, in genere, viene esclusa tra le attività cliniche delle cure intermedie. Ecco dunque che per garantire l'appropriatezza e l'efficacia delle cure e la continuità dell'assistenza dei pazienti occorre mantenere una presenza significativa delle lungodegenze ospedaliere post-acuzie che sono chiamate a svolgere un'attività non delegabile ad altri.

L'educazione terapeutica: un'opportunità

Solo due regioni (Emilia-Romagna, Marche) sottolineano la necessità di garantire un'attività di educazione terapeutica nei confronti del paziente e dei caregiver familiari in prospettiva della dimissione al domicilio.

L'educazione terapeutica, come è noto, è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata ed i suoi familiari ad acquisire e mantenere le conoscenze e le competenze per la gestione ottimale della sua vita con la malattia. E' necessario che l'educazione terapeutica diventi un'attività ordinaria delle strutture per le cure intermedie. Ne trarranno un grande vantaggio soprattutto i pazienti con malattie croniche sin dal momento della loro dimissione. L'educazione terapeutica, preceduta da una valutazione operata dal personale della struttura, prevede che i caregiver ritenuti "idonei" vengano successivamente sensibilizzati e addestrati a uno o più specifici compiti assistenziali che possano essere gestiti in autonomia a livello domiciliare per migliorare la qualità della vita del paziente. Assistenza ai pasti, mobilitazione attiva e passiva, gestione del catetere vescicale e dell'alimentazione artificiale enterale, somministrazione di insulina ed eparina sottocute sono alcuni esempi indicativi del valore aggiunto che l'educazione terapeutica può garantire sia al paziente sia al sistema. Per raggiungere lo scopo occorre che anche il personale di assistenza sia preliminarmente sensibilizzato e formato all'analisi del contesto relazionale che caratterizza ogni singola situazione oltre che a fornire le corrette istruzioni per la trasmissione efficace della mansione delegabile (Salsi e Calogero, 2010).

Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> Prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento. Garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio. Permettere risparmi di spesa rispetto ai costi dell'ospedale. Favorire l'innovazione organizzativa nella direzione di una maggiore efficienza ed efficacia. Rafforzare il legame con il territorio (in particolare con il MMG). Favorire l'educazione terapeutica del paziente e del suoi caregiver. Rispondere al bisogno crescente di gestione delle condizioni croniche e della non autosufficienza. In sostanza, le cure intermedie possono rappresentare la soluzione a diverse criticità del sistema sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Scelte regionali eccessivamente diversificate. Il mancato stanziamento di risorse aggiuntive può condizionare l'avvio del nuovo modello assistenziale. Sovrapposizioni con la Lungodegenza post-acuzie e le RSA, tali da mettere in discussione l'efficacia del sistema: necessità di ridefinire con chiarezza modelli e standard assistenziali. Utilizzo inappropriato in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) o in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero): necessità di porre attenzione al sistema di valutazione. Le cure intermedie, di fatto, si sostituiranno alle lungodegenze post-acuzie, a danno dei pazienti più instabili?

Box 1 – Introduzione delle cure intermedie: opportunità e rischi

Note

1. Nel capitolo "Le cure intermedie", pubblicato all'interno del volume [L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto. 2017/2018. Il tempo delle risposte](#), a cura di NNA, Franco Pesaresi analizza diverse caratteristiche delle cure intermedie nelle regioni: la denominazione, i pazienti eleggibili; i posti letto; la durata della degenza; l'accesso; la responsabilità gestionale e clinica; il personale, le tariffe. Ad esso rimandiamo per

ogni approfondimento.

Bibliografia

- Agenas (2011), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro*, Monitor, n. 27, pp. 12-86.
- Bartoli S., Ferro S., De Palma R. (2012), *Le cure intermedie come soluzione per affrontare le malattie croniche: il programma Stoke Care*, Italian Journal of Medicine, n.6, pp. 139-143.
- Chiatti C., Barbabella F., Masera F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 71-91.
- Comodo N., Maciocco G. (2004), *Cure intermedie: basi concettuali*, Prospettive sociali e sanitarie n. 3, pp. 1-3.
- Masera F., Chiatti C., Rocchetti C. (2011), *Gli standard di qualità e di personale nelle residenze*, in N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 3° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 103-122.
- Melis R.J., Olde Rikkert M.G., Parker S.G., Van Eijken M.L. (2004) *What is intermediate care?*, British Medical Journal, n. 329, pp. 360-361.
- Pesaresi F. (2015), *I servizi per le cure intermedie*, Welfare Oggi, n.1, pp. 48-53.
- Pesaresi F. (2014), *Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie*, in Brizioli E., Trabucchi M. (a cura di) *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Salsi A., Calogero P. (2010), *Le cure intermedie*, Italian Journal of Medicine, n. 4, pp. 57-62.

Il percorso di accoglienza e presa in carico di ospiti e familiari nelle RSA: l'esperienza dell'Istituto Pio Albergo Trivulzio (Milano)

Che cosa può favorire una presa in carico ed una accoglienza efficace? Quali sono le fasi e le azioni messe in atto dagli operatori che possono favorire un inserimento positivo in RSA dell'ospite? Partendo da queste e altre domande, l'autore sviluppa le fasi di presa in carico adottate presso le RSA dell'Istituto gerontologico Pio Albergo Trivulzio di Milano. In particolare vengono approfondite le ragioni per cui assume importanza la fase che precede l'avvio della presa in carico dell'anziano, che coincide con il primo contatto della famiglia (o dei servizi sociali e sanitari) con l'assistente sociale. L'ascolto dell'utente rappresenta il viatico per iniziare a definire bisogni e aspettative e, quando possibile, condividere la dimensione relazionale allo scopo di costruire un efficace processo di accoglienza capace di definire i servizi e le prestazioni necessarie per garantire una qualità della vita soddisfacente in struttura.

di [Roberto Vaghi](#) (Istituto Pio Albergo Trivulzio di Milano)

L'Istituto gerontologico Pio Albergo Trivulzio di Milano

L'Istituto Pio Albergo Trivulzio è una storica istituzione di assistenza e beneficenza che ha progressivamente modificato nel tempo la sua natura giuridica e organizzativa. Attualmente è una azienda pubblica di servizi dedicati principalmente alla popolazione anziana, affiancando ai nuclei RSA, strutture di degenza di Cure Intermedie e ambulatori polispecialistici. Si configura pertanto come una realtà organizzativa complessa che afferisce all'area socio-sanitaria.

Quando inizia la presa in carico

L'inserimento di una persona anziana è un processo delicato, per l'anziano che ne è direttamente coinvolto e per i familiari, soprattutto quelli più vicini ed impegnati nell'accudimento. Questo evento ha inevitabilmente un impatto su dimensioni emotive (ansie, preoccupazioni), pratiche (riorganizzare la propria vita in funzione della nuova condizione) e materiali (ad esempio il costo della retta di degenza). Non è difficile incontrare familiari che, insieme alla richiesta di informazioni relative al ricovero, chiedono di essere sostenuti nell'orientare la loro scelta. Esprimono sentimenti di colpa, preoccupazione, dubbi, sulla scelta che stanno compiendo o hanno deciso di compiere. "Sto facendo la scelta giusta?"... "Allontanavo da me l'idea che un giorno avrei dovuto preoccuparmi del ricovero di un familiare anziano", sono frasi ricorrenti che si registrano nei contatti preliminari con i caregivers.

Il percorso di accesso di una persona anziana in RSA prevede diverse fasi e coinvolge diversi attori (l'anziano, il familiare, il contesto di vita più ampio), ciascuno dei quali esprime una propria consapevolezza e punto di vista rispetto alla scelta della RSA. A ciò si aggiungono, integrandosi, le valutazioni dell'équipe chiamata a valutare la situazione per accertare l'idoneità all'ingresso e l'équipe della RSA che accoglierà l'anziano. Consapevole di queste premesse e dell'inestricarsi di molteplici dimensioni sottese alla scelta del ricovero, l'Istituto ha definito uno specifico processo organizzativo per la gestione dell'accoglienza e, a seguire, della presa in carico in RSA dell'anziano e della sua famiglia.

Il primo colloquio

Il primo contatto tra chi segnala la situazione dell'anziano (generalmente un familiare) e la struttura rappresenta il primo passo della presa in carico dell'utente. Esso viene gestito da un'assistente sociale, nell'ambito del Punto di Accesso. Le ragioni per cui storicamente il Servizio Sociale è chiamato a presidiare la fase del primo contatto e della presa in carico iniziale sono almeno tre.

La prima è si riferisce al fatto che la RSA non è solo luogo di cura sanitaria ma anche di attenzione alla dimensione sociale¹. Se è vero che il mondo esterno entra nella RSA con il suo carico di fragilità e di opportunità, portando con sé legami sociali e famigliari complessi che condizionano la relazione tra operatori e utenti, è altrettanto vero che la RSA diventa chiamata ad accogliere non solo l'anziano ospite ma, indirettamente, anche il suo contesto relazionale e ambientale. L'assistente sociale in quanto operatore che sviluppa la sua azione anche all'interno degli snodi tra bisogni dei cittadini e offerta dei servizi, è quindi considerata figura competente a presidiare il processo di accoglienza e le diverse fasi della presa in carico. Per tale ragione è il Servizio Sociale che gestisce la Lista di Attesa per gli inserimenti in RSA.

La seconda ragione è riferita alla consapevolezza che, quanto più i contatti che precedono l'inserimento dell'anziano in struttura, con familiari e operatori esterni, sono curati e presidiati, tanto più si favorisce un rapporto fiduciario tra utente ed équipe della RSA, rapporto che seppur non potrà eliminare in assoluto le conflittualità consentirà di meglio gestire eventuali momenti di criticità nella gestione della vita dell'anziano ospite. L'assistente sociale è la figura professionale nell'équipe che svolge un ruolo di collettore tra gli operatori e gli utenti coinvolti nelle fasi della presa in carico e accompagnamento in RSA.

L'ultima motivazione risiede nella struttura multidisciplinare delle équipe della RSA in cui la dimensione sociale, infermieristica e medica sono compresenti, a partire dalla valutazione della domanda di ingresso in RSA.

FUNZIONI DEL PRIMO COLLOQUIO

- Informativa (riferita a informazioni e conoscenza reciproca interne alla dinamica domanda /bisogno/offerta di servizi);
- Analisi e decodifica della domanda nel suo insieme;
- Predisposizione del percorso di inserimento.

Box 1 – Le funzioni del primo colloquio.

Si coglie l'occasione per osservare che l'individuazione dell'assistente sociale come figura preposta alla presa in carico iniziale dell'utente è in controtendenza a quanto indicato dalla normativa regionale che non prevede tra gli standard tale figura e che fa riferimento all'accoglienza solo quando il ricovero è avvenuto.

Il primo contatto è il momento in cui l'organizzazione accoglie la domanda, la orienta ai servizi, fornisce informazioni in merito. È anche il momento in cui la RSA si presenta all'utente con il suo corredo di offerta di servizi e ambiti di cura e assistenza, di procedure e regole che segnano i tempi e le condizioni che regolano il ricovero. In questa fase di front office l'utente esplicita una domanda che può contenere bisogni semplici o complessi. La domanda si configura come

semplice da decodificare quando la famiglia mostra di aver effettuato già una propria elaborazione delle ragioni del ricovero e delle condizioni del familiare. Il bisogno complesso, esplicito o implicito, si registra quando il familiare, unitamente alla domanda di ricovero, richiede orientamento e chiarificazione sulla scelta di ricovero. L'assistente sociale nel primo colloquio è chiamato ad accogliere e comprendere i vissuti (paura, ansie, sfiducia...), le difficoltà percepite, i punti di vista, le attese del cliente, le soluzioni adottate dalla famiglia per fronteggiare la situazione di fragilità del proprio membro anziano, i vissuti dell'anziano stesso. Gli elementi conoscitivi raccolti in un primo colloquio solitamente richiedono integrazioni e approfondimenti² e solitamente viene fissato un colloquio successivo.

Il secondo colloquio

Il colloquio successivo al primo spesso coincide con la presentazione della domanda e diventa l'occasione in cui confermare le informazioni ricevute in precedenza o valutare la necessità di integrazioni. Può essere utile in questa fase un approfondimento con il medico designato alla valutazione degli ingressi in RSA e, in qualche caso, anche con altre figure quali l'infermiere e, per la parte contrattuale, con l'operatore amministrativo. Durante questo colloquio il familiare è invitato a fare una visita in alcuni reparti della RSA allo scopo di rendersi conto e conoscere l'ambiente nel quale il proprio familiare anziano andrà a vivere. Durante la visita della struttura spesso prendono forma conferme e preoccupazioni non previste, dubbi e, talvolta, richieste di riconsiderare la domanda. Riteniamo che questo passaggio sia imprescindibile nella fase di pre accoglienza; il familiare in questo modo può aumentare la consapevolezza sulla scelta intrapresa, vedere le attività svolte e dare corpo ai propri pensieri traendone rassicurazione e sostegno.

FUNZIONI DEL SECONDO COLLOQUIO

- Verifica di coerenza della documentazione prodotta dall'utente;
- Approfondimento ed eventuale integrazione delle informazioni raccolte nel 1° colloquio;
- Pre-conoscenza degli aspetti ambientali e organizzativi di una sezione RSA.

Box 2 – Il secondo colloquio di accoglienza

La valutazione di idoneità al ricovero

Ogni domanda di ricovero in RSA è soggetta a tre valutazioni dette di idoneità:

1. sociale, riferita alle condizioni personali, familiari, sociali presenti nella storia dell'anziano;
2. medica, valutando l'esistenza di fattori clinici, patologici e altro che escludono la possibilità di un inserimento in RSA;
3. amministrativa, per la valutazione della coerenza della documentazione ai fini del contratto di ingresso.

L'idoneità è un dispositivo che definisce la fattibilità dell'ingresso dell'anziano segnalato in RSA a mezzo della quale le professioni coinvolte nella valutazione confermano che la condizione presentata dall'anziano può essere trattata all'interno della struttura. L'idoneità consente di definire anche l'ambito di cura più idoneo rispetto alla condizione presentata (es. nucleo per non autosufficienti o nucleo protetto in presenza di patologie cognitive). Infine l'idoneità tende

ad escludere situazioni che richiedono ambiti di cura non presenti all'interno dell'istituto, quali ad esempio nuclei per ospiti con patologie psichiatriche attive e gravi. Si tratta di situazioni che, se non valutate opportunamente, possono determinare complicazioni gestionali successive al ricovero. Il processo di valutazione dell'idoneità può richiedere approfondimenti e integrazioni delle informazioni e della documentazione acquisita, prevedendo una interlocuzione non solo con i caregivers ma anche con gli operatori sociali e sanitari del territorio.

Una volta completate le operazioni di idoneità, che vedono quale soggetto ultimo la Direzione Sanitaria, l'anziano entra in lista di attesa per poi procedere al suo inserimento quando vi sarà disponibilità di posto letto.

FUNZIONI DELL'IDONEITÀ

- Verifica dei fattori di appropriatezza per l'inserimento in RSA;
- Individuazione dell'ambito di cura appropriato in relazione alle condizioni socio-sanitarie dell'ospite.

Box 3 – La valutazione di idoneità al ricovero in RSA

Accoglienza e inserimento

La notizia di disponibilità all'inserimento in RSA viene fornita alla famiglia e all'anziano generalmente tre giorni prima dell'effettivo ingresso. Allo scopo di facilitare una presa in carico il più possibile serena e adeguata per l'anziano, per la famiglia e per l'équipe, si prevede sempre un contatto preliminare all'ingresso (due/tre giorni prima). Durante questo incontro la famiglia, e quando possibile l'anziano, conoscono l'équipe del Nucleo in cui avverrà l'inserimento. La Caposala e il medico referente, già in possesso della documentazione inoltrata dal Servizio Sociale, spiegano alla famiglia l'organizzazione delle attività della sezione di degenza (attività giornaliere, orari di visita, contatti con l'équipe). Tanto più questo incontro risulta efficace, tanto più le premesse per una collaborazione positiva possono risultare possibili.

L'accoglienza in reparto avviene in presenza di un operatore di riferimento o dal Caposala stesso. Il giorno dell'ingresso l'operatore accoglierà l'ospite e i suoi familiari, li accompagnerà nella camera durante la sistemazione degli effetti personali e, a seguire, verrà effettuata la raccolta dei dati anamnestici, la formalizzazione dei consensi, la visita medica di ingresso e la valutazione di eventuali altri specialisti. Nei giorni successivi all'ingresso è prevista la valutazione degli operatori del Servizio di Animazione Sociale per l'inserimento dell'ospite alle attività creative, ludiche, musicali, di socializzazione proposte quotidianamente dal servizio.

Valutazione di congruità dell'inserimento

Con l'inserimento e la presa in carico dell'ospite nella sezione RSA, si conclude la prima fase dell'accoglienza. Da questo momento in poi, con una periodicità prestabilita, verrà verificato l'andamento della situazione dell'ospite con un approccio multidisciplinare che vedrà coinvolti tutti i professionisti impegnati nella gestione dell'ospite attraverso i diversi strumenti di valutazione dei diversi professionisti, durante l'elaborazione del Progetto Individualizzato e del Piano di Assistenza Individuale e durante i colloqui diretti con ospite e familiari volti non solo a considerare lo stato di salute ma anche l'adattamento alla vita di comunità.

Conclusioni

L'attuale modello di accoglienza della nostra RSA presenta diversi punti di forza afferibili, in modo particolare all'attenzione all'utente, alle sue esigenze di informazione e di sostegno e, parimenti, ai bisogni di conoscenza dell'anziano da parte degli operatori.

Scomporre il percorso di presa in carico prevedendo, non solo l'applicazione di azioni procedurali e prestazioni rigide, rispettose dei procedimenti interni, ma anche una flessibilità dei diversi professionisti a seconda della fase del processo e dell'utenza coinvolta, ci consente di "andare verso" l'utenza, verso le sue esigenze e i suoi bisogni.

Per il futuro, sulla base dell'esperienza condotta, intravediamo possibili traiettorie sviluppabili per migliorare, ancor più, l'accoglienza offerta ai nostri utenti e alle loro famiglie:

1. L'ampliamento e la collaborazione organizzata con altre figure professionali espressioni di competenze specifiche nelle loro disciplina (es. l'infermiere, il cardiologo, il pneumologo) fruibili al bisogno, nella fase di valutazione della idoneità, in particolare quando sono necessarie valutazioni specialistiche ex ante, ovvero precedenti al ricovero dell'ospite.
2. Individuazione di criteri multidisciplinari riferiti sia agli ospiti sia ai loro famigliari, per valutare il grado di adattamento all'interno della RSA.
3. Prevedere percorsi di accoglienza e presa in carico diversificati in relazione alle caratteristiche dell'ospite, prevedendo ad esempio ricoveri brevi (10-15 giorni) per coloro che esprimono diffidenza o chiedono tempo per decidere un definitivo inserimento in RSA. In particolare questa ipotesi può essere indicata per "anziani giovani" in condizioni di dipendenza parziale nelle attività quotidiane di vita.

Note

1. Fargion S. "L'importanza di capire cosa pensa l'utente" in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.4/2004, pp. 5-8
2. Vaghi R., "L'assistente sociale in RSA", in AA.VV. (a cura di), Sguardi sul Servizio Sociale, esperienze e luoghi di una professione che cambia, 2016, Ed. Franco Angeli, Milano

Bibliografia

Fargion S. "L'importanza di capire cosa pensa l'utente" in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.4/2004, pp. 5-8.
Vaghi R., "L'assistente sociale in RSA", in AA.VV. (a cura di), Sguardi sul Servizio Sociale, esperienze e luoghi di una professione che cambia, 2016, Ed. Franco Angeli, Milano

Il percorso di accoglienza e presa in carico di ospiti e familiari nelle RSA: l'esperienza della RSA di Città Sant'Angelo (Pescara)

Il ricovero in RSA per l'anziano è un evento stressante, collegato all'abbandono di elementi conosciuti e rassicuranti. Riconoscere i vissuti e le dimensioni emotive che l'anziano vive durante l'esperienza di ricovero in RSA e dare loro valore, rappresenta per l'équipe la condizione di partenza necessaria per l'avvio di una relazione accogliente e volta al mantenimento della residua autonomia. Accoglienza e presa in carico dell'anziano e del caregiver, nell'ottica di un invecchiamento attivo e di prevenzione delle fragilità socio-sanitarie, costituiscono i punti di forza delle progettualità all'interno della RSA Pubblica di Città Sant'Angelo.

di [Valentina Bellafante](#) (Assistente Sociale Specialista in servizio presso AUSL di Pescara nelle UU.OO. di: Direzione Medica Aziendale - Servizio Sociale Ospedaliero; Assistenza Intermedia - équipe Nucleo Dimissione Protetta; RSA pubblica di Città Sant'Angelo), [Mirella Scimia](#) (Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Assistenza Intermedia (domiciliarità e residenzialità) della AUSL di Pescara.)

A cura di: [Veruska Menghini](#)

La RSA Pubblica di Città Sant'Angelo

Nella Provincia di Pescara si contano cinque Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), due sono pubbliche accreditate e fanno capo alla Azienda USL di Pescara mentre tre, anch'esse accreditate, sono amministrate da privati. Una delle due RSA pubbliche è situata nella zona più alta del paese di Città Sant'Angelo, un borgo della Provincia di Pescara, celebrato agli inizi del 2018 dalla prestigiosa rivista americana Forbes, nei primi posti della graduatoria mondiale per qualità e costo della vita. La RSA pubblica di Città Sant'Angelo regala una vetrina di paesaggi suggestivi che ripercorrono da un lato le cime innevate dalla Majella al Gran Sasso e dall'altro una distesa di mare azzurro della costa adriatica.

La struttura, sorta nel febbraio del 1996, accoglie ospiti provenienti da tutto il territorio circostante e, ad oggi, conta venti posti letto, rispetto ai quaranta usufruibili al termine delle fasi di ristrutturazione ad oggi in corso. Nel 2017 sono state infatti avviate, secondo la normativa vigente, delle opere di adeguamento strutturale in un ulteriore piano della struttura che, al termine del 2018, garantiranno la possibilità di una maggiore ricezione di ospiti.

La RSA pubblica di Città Sant'Angelo è una struttura territoriale, con degenza temporanea di circa trenta/sessanta giorni, finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale a persone ultrasessantatrenni, disabili, non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continuativi.

Accedono in struttura pazienti spesso molto compromessi dal punto di vista sanitario con evidente perdita dell'autonomia, per i quali si richiede una stabilizzazione del quadro clinico. Si tratta di anziani con esiti di patologie neurologiche, esiti di patologie ortopediche, demenza senile, elevato deterioramento cognitivo che quasi sempre

provengono dalle Unità Operative per acuti del Presidio Ospedaliero. Meno frequenti sono gli accessi in struttura ove il richiedente è il caregiver, che per un periodo di sollievo, ricorre in autonomia alla prestazione residenziale per il proprio caro.

La provenienza dei pazienti accolti in RSA nel 2017, corrisponde al 78% da reparti per acuti di Presidi Ospedalieri, mentre soltanto il 10% dal domicilio, per scelta molto spesso del caregiver che ha necessità, come già detto, di un periodo di sollievo in relazione al carico assistenziale al quale deve far fronte ogni giorno.

Classi età	Maschi	Femmine	Totale
65-69	2	1	3
70-74	2	5	7
75-79	4	6	10
80-84	11	27	38
85 ed oltre	28	36	64
Totale	47	75	122

Tabella 1 – Distribuzione per sesso e classi di età degli ospiti accolti in RSA nel 2017

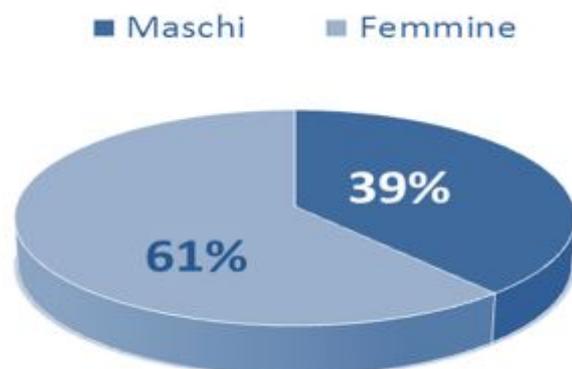


Figura 1 – Percentuale per sesso degli ospiti accolti in RSA nel 2017.

TIPO STRUTTURA PROVENIENZA	AMMISSIONI	
	Valori assoluti	Valori %
Struttura ospedaliera	95	78
Abitazione	12	10
Struttura di riabilitazione	12	10
Struttura protetta socio-sanitaria	3	2
Totale	122	100

Tabella 2 – Distribuzione delle ammissioni in RSA per provenienza dell'ospite. Anno 2017

Il quadro demografico e normativo regionale

Nel panorama mondiale l'Italia continua a essere uno dei Paesi con la maggiore percentuale di persone ultra sessantatrenni che, ad oggi, costituiscono il 22% della popolazione. (fonte: demo.istat, elaborazione propria). L'Abruzzo, che registra un punto percentuale maggiore rispetto al trend nazionale, si presenta come una regione ove il tasso dei cittadini over 64 residenti al Gennaio 2017 è del 23,27%, mentre quelli della Provincia di Pescara sono il 22,83%. (fonte: demo.istat, elaborazione propria).

In Abruzzo la gestione integrata del sistema della residenzialità è regolata dalla L.R. 32/2017 e, per gli aspetti connessi al regime di autorizzazione e accreditamento, dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, L.R. 5/2008 oltre che da una serie di atti normativi, inerenti i processi di riconversione di strutture, fabbisogno e compartecipazione al costo sociale delle prestazioni da parte degli utenti.

Il più recente Piano Sociale Regionale 2016-2018 "Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria", in merito alle politiche per la non autosufficienza annuncia una serie di misure d'integrazione socio-sanitaria tra cui la riduzione dell'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti con programmi mirati di residenzialità assistita e di micro residenzialità a dimensione familiare. Infine si segnala il DPCM sui nuovi LEA che prevede, per le persone con demenza senile che presentano disturbi mnesici associati a disturbi del comportamento o dell'affettività, assistenza socio-sanitaria residenziale integrata con garanzia di continuità assistenziale, per il recupero e mantenimento funzionale delle abilità dell'anziano, compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure.

La valutazione per l'accesso alla RSA Pubblica di Città Sant'Angelo

Secondo il Centro Studi Investimenti Sociali (Censis), in Italia ci sono 4,7 milioni di anziani ¹, che hanno espresso un parere favorevole nel voler trascorrere gli ultimi anni della loro vita in Strutture residenziali intese come Case di Riposo, Case Famiglia per anziani, Residenze Sanitarie Assistenziali. Tuttavia la decisione del ricovero dell'anziano in una struttura residenziale spesso non è presa direttamente dall'interessato ma ricade sul caregiver il quale matura tale consapevolezza quando, valutate e scartate soluzioni alternative come quella della gestione a domicilio con le dovute prestazioni socio-sanitarie o con la presenza di un'assistente familiare, si rende conto della sua inadeguatezza nel fronteggiare bisogni assistenziali divenuti molto complessi. Tale processo richiede al futuro ospite e alla sua famiglia un grande sforzo nel gestire un'emotività contrastante che oscilla tra la consapevolezza della necessità di cure ad hoc per il proprio caro, la necessità di migliorare la qualità di vita di tutti i componenti della famiglia e non da ultimo il "senso di colpa".

La scelta del ricovero in una RSA e l'individuazione della struttura più idonea rappresentano momenti critici per la famiglia. Decidere il luogo in cui, ad esempio, il proprio genitore trascorrerà parte del suo tempo, quello che, in alcuni casi, potrebbe accompagnarlo al fine vita o, in altri casi ad altre soluzioni abitative (altra struttura definitiva o, nel migliore delle ipotesi, ad un rientro a domicilio). È fondamentale che la famiglia in questa fase non si senta abbandonata o, al contrario, eccessivamente responsabilizzata. Compito della RSA è di accompagnare, con le giuste modalità, la famiglia, sostenerla e informarla il più possibile.

Per l'attivazione del ricovero di un anziano proveniente dal domicilio la richiesta deve pervenire dal MMG tramite apposita modulistica; nel caso di pazienti ricoverati in Ospedale o in altre tipologie di strutture, la richiesta viene formulata dal Responsabile delle Unità Operative o dal medico competente. Attualmente l'autorizzazione all'accesso in struttura, o meglio alle "prestazioni residenziali" così come previsto ai sensi del PSR 2008/2010 è di competenza esclusiva della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). L'UVM è un team composto da professionisti socio-sanitari preposti alla valutazione dei bisogni dell'utente che, utilizzando apposite scale di valutazione e adottando uno sguardo multidimensionale alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, valuta i bisogni di ogni singolo paziente, individua il setting di cura, le attività e gli obiettivi assistenziali e correla tali valutazioni alla corretta fascia tariffaria prevista dalla normativa regionale.

L'assistenza territoriale residenziale erogata nella RSA prevede infatti tre diverse fasce tariffarie connesse alla gravità del singolo caso. Le prestazioni erogate nella prima e nella seconda fascia sono poste parzialmente a carico del SSR e prevedono una quota di compartecipazione dell'assistito. Sono a totale carico del SSR le prestazioni erogate a pazienti classificati nella terza fascia in quanto pazienti sottoposti a trattamenti intensivi essenziali per il supporto delle funzioni vitali. Spesso la difficoltà concreta nel corrispondere questa retta giornaliera si aggiunge, come elemento di criticità, alle fatiche già esistenti nel caregiver. Per i pazienti e per le famiglie con ridotta capacità contributiva nel pagamento della parte di loro competenza (quota sociale) è tuttavia possibile fare richiesta, al Comune di residenza, di un contributo economico per la "compartecipazione alla spesa della retta". La RSA in questa fase è chiamata a sostenere il caregiver informandolo sulla procedura da attivare per poter usufruire di tale opportunità.

Allo scopo di sostenere i cittadini che necessitano di essere ricoverati in Struttura Residenziale e promuovere le funzioni di tutti gli stakeholders territoriali coinvolti in tale processo, nel Gennaio del 2017 nella AUSL di Pescara è stato deliberato un Percorso Assistenziale condiviso tra Azienda e Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Tale percorso assistenziale è finalizzato a fornire agli Operatori Sanitari, Tecnici ed Amministrativi della AUSL di Pescara ed al personale dedicato di ogni Comune della Provincia, una modalità operativa unica da utilizzare nell'ottica della condivisione e collaborazione multidisciplinare. Il percorso, partendo dalla rilevazione e valutazione del bisogno socio-sanitario, si conclude con la fatturazione della spesa sociale al paziente o così come previsto dalla normativa regionale al paziente e/o al Comune. Tale percorso ha consentito di definire in modo chiaro tutti i processi sottesi all'attivazione di un ricovero in RSA e generando maggior collaborazione e consapevolezza da parte di operatori e famiglie.

La fase di accoglienza in RSA

La famiglia che decide di procedere per il ricovero in RSA, dopo un primo contatto informativo telefonico, viene invitata presso la struttura affinché possa conoscere il personale medico e socio assistenziale, visionare gli spazi abitativi, conoscere le regole di accoglienza della RSA e valutare, in condivisione con il personale dedicato, il percorso assistenziale da intraprendere. Per meglio facilitare la comprensione delle diverse informazioni gli operatori consegnano alla famiglia supporti informativi cartacei e brochure tra cui il "Vademecum Anziani" ovvero una breve guida per colui che si prende cura del paziente e un pieghevole sulla RSA ove sono indicati tutti i riferimenti del personale, consigli operativi per la famiglia, i beni materiali necessari all'ospite e lo svolgimento delle attività fisioterapiche e socio assistenziali durante la fase di degenza.

Il ricovero in una Struttura Residenziale rappresenta un momento di forte cambiamento delle condizioni ambientali,

comportamentali ed affettive; corrisponde infatti con l'abbandono della propria casa e dell'ambiente di vita, con la variazione di tempi ed abitudini quotidiane anche nei rapporti con parenti, amici e conoscenti essendo soggetti alle regole vigenti nella Struttura Residenziale ospitante.

Nella fase di ingresso in RSA risultano determinanti il calore dell'accoglienza e l'umanizzazione della cura, elementi necessari per l'instaurarsi di un feedback positivo. È fondamentale in questa fase ascoltare le impressioni di anziano e famiglia, positive o negative, sul luogo di accoglienza e accompagnarli nell'elaborazione di ciò che stanno vivendo. È fondamentale che il familiare continui ad accompagnare il proprio caro, ad essere presente accanto a lui, durante la sua permanenza in RSA, collaborando con il personale socio-sanitario e fisioterapico nella realizzazione del percorso di cura allo scopo di renderlo il più possibile funzionale ed efficace. Viene infatti richiesto al familiare, nei limiti del possibile, di mantenere una presenza costante in struttura, presenza della quale beneficerà sia l'ospite che, diversamente potrebbe vivere dei sentimenti di abbandono, sia il caregiver consentendo la costruzione di relazioni di fiducia con il personale medico e socio-assistenziale e con gli altri familiari, alimentando così dinamiche di interessamento e aiuto reciproco.

Dopo la fase di primo inserimento, l'attenzione passa all'osservazione degli aspetti più strettamente clinici; vengono monitorate le condizioni psico-fisiche e si iniziano a conoscere più a fondo le abitudini dell'ospite. In ogni fase dell'accoglienza, ciascun operatore coinvolto nella presa in carico dell'ospite agisce per soddisfare i bisogni di cura della persona ricoverata tenendo presente l'unicità e la globalità del singolo in tutte le sue dimensioni.

Il ricovero nella Struttura Residenziale può causare un disorientamento spazio-temporale o una perdita dell'autonomia e dell'autostima ed è essenziale che le professionalità coinvolte nella presa in carico si integrino tra di loro per affrontare al meglio i bisogni emergenti.

Centrale è il primo colloquio tra ospite, caregiver e medico specialista geriatra che prevede la visita medica del paziente, la consultazione di tutta la documentazione sanitaria pregressa e la raccolta, in cartella clinica, di tutte le informazioni inerenti l'anamnesi patologica del paziente. Durante la degenza dell'ospite, il medico rimane inoltre il punto di riferimento per ogni informazione di carattere clinico.

L'infermiere, oltre a occuparsi della somministrazione della terapia e di altre prestazioni specifiche, senza tralasciare l'assistenza globale che viene svolta assieme all'Operatore Socio Sanitario, pone la sua attenzione sull'ospite e sui caregivers mostrando un atteggiamento distensivo, tranquillo che susciti l'instaurarsi di una relazione di fiducia che rappresenta la base per poter costruire «un rapporto terapeutico» efficace.

Il fisioterapista in fase di accoglienza valuta le capacità motorie e cognitive residue dell'ospite a seguito dell'evento traumatico o patologico che l'ha colpito e programma, per il recupero dell'autonomia, gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine. Il Programma Riabilitativo Individuale (PRI) comprende attività quali la riattivazione motoria, la rieducazione alla deambulazione con e senza ausili, la rieducazione alle ADL e, tra le altre, l'educazione sanitaria al caregiver per la gestione del proprio caro una volta concordato il rientro a domicilio.

L'assistente sociale partecipa attivamente alle fasi di accoglienza e presa in carico del caso instaurando interazioni con ospite e caregiver. L'evento della malattia genera sovente emergenti bisogni sociali e l'assistente sociale, in virtù di una sua presenza diretta e costante, può rilevarli, monitorarli individuando le soluzioni che meglio si adattano al singolo caso.

Sviluppi in corso per la gestione della fase di accoglienza

Nella RSA di Città Sant'Angelo entro il mese di Maggio 2018, con approvata delibera aziendale della AUSL di Pescara, verrà avviato il Progetto Sociale denominato: «PreventivaMente – Stimolazione Cognitiva per gli Ospiti della RSA». Il progetto è sorto in collaborazione con il Liceo delle Scienze Umane di Città Sant'Angelo nel cui piano di studi è previsto l'obbligo per gli studenti dell'espletamento di un tirocinio formativo e di orientamento. L'obiettivo del progetto è quello di prevenire il deterioramento della memoria e di altre funzioni cognitive nell'ottica di un invecchiamento attivo e di prevenzione socio-sanitaria, a beneficio sia dell'anziano sia del caregiver. La persona anziana viene considerata come risorsa attraverso la partecipazione ad attività specifiche dove l'anziano stesso diviene protagonista principale.

Il progetto è centrato sui seguenti obiettivi:

- Coinvolgere il maggior numero di Ospiti (cl clinicamente arruolabili), degenti in Struttura;
- Mantenere e consolidare le competenze acquisite nel tempo;
- Contrastare il decadimento delle abilità di base, fortificando le risorse;
- Migliorare l'autostima e la percezione di se stessi come valore;
- Promuovere l'integrazione e la socializzazione con altri ospiti.

Il progetto vedrà coinvolti ospiti che abbiano conservato abilità residue minime. Nello specifico le attività saranno strutturate su due linee di intervento:

- training cognitivo che comprende attività di lettura di riviste e quotidiani, cruciverba, letture di gruppo (poesie, etc.), musica
- training combinato (motorio-cognitivo) comprensivo di attività ludico terapeutiche quali ad esempio il gioco carte, cucito, uncinetto, gomitolo, maglia, disegno, pittura, manipolazione, creazione addobbi ed oggetti stagionali che seguiranno lo scandire delle varie festività annuali (Carnevale, Pasqua, Natale etc.).

Verranno coinvolti in tale attività il medico specialista geriatra, l'assistente sociale, i tutor scolastici e aziendali e gli studenti del Liceo delle Scienze Umane. Per la gestione del progetto e la valutazione dell'efficacia delle attività sono stati individuati specifici indicatori; le performance dei pazienti arruolati saranno valutate tramite la somministrazione seriatà della Scala di Valutazione delle Funzioni Cognitive (MMSE) e della Scala di Valutazione dei Sintomi non Cognitivi (GDS).

Note

1. www.censis.it, Ricerca «L'eccellenza sostenibile nel nuovo Welfare. Modelli di risposta top standard ai bisogni delle persone non autosufficienti», anno 2015

Bibliografia

- Bellafante V., Scimia M.:Vademecum Anziani “Breve guida per colui che si prende cura del paziente – Caregiver familiare” Pubblicazione e diffusione interna alla AUSL di Pescara e online sul sito www.ausl.pe.it. Maggio 2016.
- Normativa nazionale e regionale (Decreto 107/2013; Decreto 93/2016; Piano Sanitario Nazionale 2011- 2013; Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010.; Piano Sociale Regionale 2016 – 2018)
- www.demo.istat.it

Il progetto “Tutti in rete”: esperienze di sostegno alla domiciliarità

Nel nostro Paese si assiste, nonostante le difficoltà e la crisi del sistema di Welfare, ad un “brulicare” di esperienze e di progettualità che provano a mettere in cantiere nuovi luoghi e percorsi del prendersi cura e che possono diventare spunto per riflessioni e analisi utili per tutti coloro che operano nei servizi. Gli autori nell’articolo presentano due progetti innovativi di sostegno alla domiciliarità a favore di anziani fragili e dei loro caregivers, caratterizzati da una forte integrazione tra pubblico, privato e reti informali.

di [Deborah Pollo](#) (laureanda in Politiche e Servizi Sociali, dipendente de “La Bottega del Possibile”), [Salvatore Rao](#) (Presidente de “La Bottega del Possibile”)

A cura di: [Giselda Rusmini](#), [Veruska Menghini](#)

Nel corso del 2016-2017 l’Associazione La Bottega del Possibile è stata impegnata in un ambizioso progetto, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, denominato “Tutti in Rete – In cammino con La Bottega del Possibile” per promuovere, innovare, partecipare, formare e seminare Cultura di Domiciliarità”, avente le seguenti finalità:

- creazione di una banca dati sulle buone pratiche di sostegno alla domiciliarità
- creazione di una banca dati sulle policy di sostegno alla domiciliarità
- digitalizzazione e organizzazione di un Centro di Documentazione.

Complessivamente sono state raccolte 101 esperienze di sostegno alla domiciliarità, di cui la maggior parte realizzate al Nord, rivolte soprattutto a persone anziane ¹. Il materiale è stato inserito nel [Centro di Documentazione](#), all’interno del quale si possono trovare più di 800 documenti informatizzati e oltre 2.000 volumi, nonché le pubblicazioni a cura dell’Associazione.

L’intento de La Bottega del Possibile, ora, è di avviare una riflessione in merito agli indicatori di domiciliarità, per giungere ad una loro definizione. È prevista, nei prossimi mesi, una nuova pubblicazione inerente il concetto culturale di “domiciliarità” e, a partire dai dati empirici raccolti, l’analisi degli indicatori per mettere a confronto la visione di domiciliarità proposta dall’associazione con quella che emerge dalle esperienze sul campo.

L'Associazione, che dal 1994 opera nel campo delle politiche sociali e della salute, ha come scopo la promozione della cultura della domiciliarità. Nella traduzione del lemma formulata dalla Presidente onoraria Mariena Scassellati Sforzolini, "Domiciliarità è quel contesto dotato di senso per la persona stessa, lo spazio significativo che comprende la globalità della persona, la sua casa e ciò che la circonda, tale spazio è una sorta di nicchia ecologica, dove la persona sta bene, sente di essere a suo agio, dove desidera vivere e abitare, lo spazio che non vorrebbe abbandonare".

La domiciliarità non può quindi essere confusa con l'assistenza domiciliare, che è uno degli strumenti per garantire il rispetto. L'Associazione è particolarmente impegnata ad affermare il diritto e la preminenza, rispetto agli interventi in strutture residenziali, della salvaguardia della domiciliarità, diritto che nasce dai primi articoli della Carta Costituzionale. A tale scopo promuove ed elabora specifici progetti:

- di supporto agli Enti Pubblici e al Privato Sociale per la progettazione e innovazione dei servizi e interventi domiciliari;
- di formazione continua, per rafforzare le competenze tecniche, professionali, organizzative, relazionali, operative, valutative, in collaborazione con Enti pubblici e del privato sociale;
- con le strutture residenziali, affinché operino come Centri Servizi e si aprano al territorio con i loro operatori e servizi, per assistere le persone che desiderano continuare a vivere e ad abitare nella propria casa;
- di informazione e formazione per le famiglie al cui interno sono presenti persone disabili o anziani non autosufficienti o con la "Mente Smarrita";
- di informazione e sensibilizzazione per rendere la Comunità più responsabile, partecipe e solidale attraverso un lavoro di comunità.

Box 1 – La Bottega del Possibile

Fra le numerose esperienze di sostegno alla domiciliarità rivolte alle persone anziane e alle loro famiglie, raccolte nell'ambito del progetto, ne vengono di seguito presentate due particolarmente interessanti per la loro capacità nell'aver attivato collaborazioni concrete e sinergiche tra il comparto pubblico, il privato sociale e le reti informali di solidarietà, consentendo la realizzazione di interventi concreti a favore degli anziani fragili presso la loro casa.

“La cura è di casa”

La Cura è di Casa rientra tra i progetti del Bando "Welfare in Azione" di Fondazione Cariplo che si propone di mettere in movimento i territori in una visione di Welfare che attivi la comunità a riconoscere le proprie necessità, ricostruisca i legami di fiducia, faccia rete e crei percorsi condivisi per valorizzare le ricchezze del tessuto sociale. Il progetto, avviato nel maggio 2016, si rivolge agli anziani ultra 65enni ancora autonomi ma in condizione di fragilità, residenti nella Provincia di Verbano Cusio Ossola e in 7 comuni del Novarese. L'indice di vecchiaia in questo territorio supera la media nazionale e le trasformazioni economiche, sociali e demografiche degli ultimi anni hanno portato ad un indebolimento dei legami sociali. Gli anziani ne hanno particolarmente risentito, con un'aumentata percezione di isolamento e un peggioramento della qualità di vita, soprattutto per i residenti in zone periferiche o montane. Le risorse sottodimensionate dei servizi socio-sanitari permettono di gestire solo parzialmente tali problematiche, spesso fronteggiando solo le situazioni di emergenza e con interventi non sempre coordinati.

Sostenere gli anziani in situazioni di fragilità e le loro famiglie, raccogliendo la sfida dell'invecchiamento della popolazione e contrastando la solitudine e l'isolamento è l'obiettivo di "La cura è di casa" che intende sviluppare una

rete di supporto pensata per gli over 65, rendendo così più semplice e immediato l'accesso ai servizi.

Gli interventi attivati

Il territorio del Verbano Cusio Ossola è stato suddiviso in 8 aree coordinate ognuna da un Network Manager, figura professionale appartenente a partner pubblici o privati che gestisce le richieste di assistenza e l'erogazione dei servizi, coordinando le risorse umane e di budget. Gli interventi rivolti agli anziani sono erogati da operatori professionali (sia dei servizi socio assistenziali territoriali sia dalle residenze per anziani) e dai volontari della rete, a seconda della valutazione effettuata a domicilio dai Care Planner. Questa figura, di estrazione socio assistenziale, rileva i bisogni dell'anziano e della sua rete familiare e, insieme al Network Manager, definisce un Piano Assistenziale volto a rispondere alle esigenze emerse.

Gli interventi attivati direttamente a casa degli anziani sono di diverso tipo tra cui aiuto nelle attività quotidiane e domestiche, socializzazione e compagnia, cura della persona, servizi infermieristici, servizi fisioterapici, supporto psicologico. Nell'ambito del progetto, oltre a questi interventi domiciliari, si realizzano iniziative dedicate a tutti gli ultra 65enni tra cui ginnastica dolce, corsi di computer, passeggiate nella natura, attività culturali e di promozione della salute allo scopo di creare occasioni di incontro e rafforzare le relazioni tra le persone in un'ottica di prevenzione.

La richiesta di attivazione e partecipazione della comunità alle attività progettuali è un elemento di innovatività. Ogni cittadino può sostenere il progetto in vari modi: diventando volontario a sostegno degli anziani, partecipando agli eventi progettuali, promuovendo le iniziative a favore del progetto, donando un contributo in denaro al Fondo VCO Social voluto da tutti i Partner e costituito presso la Fondazione Comunitaria del VCO. Il Fondo è un altro elemento fortemente innovativo perché aiuta i partner a sviluppare azioni condivise di raccolta fondi, da utilizzare per l'erogazione dei servizi in favore degli anziani. Tra le molte iniziative di raccolta fondi degna di nota è "Il Biscotto di Emma" in memoria di Emma Morano, vissuta nella sua casa di Verbania fino all'età di 117 anni. Il biscotto è prodotto dal laboratorio di pasticceria della Casa Circondariale di Verbania nell'ambito del progetto "Banda Biscotti" che offre ai detenuti la possibilità di ricostruire il proprio futuro attraverso il lavoro qualificato e retribuito. Aver coinvolto i detenuti nel progetto dedicato alla popolazione anziana ha significato mettere a rete un sistema di economia solidale che genera legami di reciproco sostegno.

I numeri e gli attori

Nel 2017 gli anziani in carico al progetto erano 234: l'obiettivo è raggiungerne 700 nel 2019. Si tratta di persone che vivono sul territorio dell'ASL VCO (che contempla la provincia del Verbano Cusio Ossola e 7 Comuni del Novarese), per la maggior parte donne, con un'età media di oltre 81 anni e quasi tutte sconosciute ai servizi tradizionali. Sono persone spesso sole, prive di una rete familiare o sociale capace di rispondere alle loro esigenze; esprimono bisogni di monitoraggio e sorveglianza per l'assunzione di terapie, interventi di fisioterapia/attività fisica adattata per prevenire cadute o per mantenere le capacità motorie residue, aiuto per il bagno settimanale. Gli anziani chiedono, altresì, momenti di socializzazione e compagnia per sentirsi ancora parte attiva della comunità. Hanno spesso appuntamenti fissi dal medico, devono ritirare le medicine o fare la spesa, hanno bisogno di qualcuno che, con loro, prepari il pranzo perché da soli non hanno più voglia di cucinare. A supportarli in queste piccole mansioni entrano in gioco i volontari, come una volta succedeva con le reti di buon vicinato. Per monitorare lo sviluppo delle reti territoriali è nato il Registro dei volontari che oggi conta 74 iscritti e punta ad arrivare a 200 a fine progetto. Una delle sfide lanciate da Fondazione Cariplo è proprio quella di riattivare la comunità e ricreare coesione sociale come condizione da cui partire per costruire benessere nei territori.

Il progetto è sostenuto e realizzato da 23 partner tra cui Enti pubblici (Servizi Sociali e Azienda Sanitaria), Residenze per anziani pubbliche e private, Fondazioni del territorio, Associazioni impegnate sul tema dell'anzianità e un Centro Universitario di ricerca sociale.

Il progetto prevede valutazioni di processo, di esito e di impatto sulla comunità attraverso l'utilizzo di indicatori di risultato individuati per ciascuna azione prevista dal progetto. L'attività di valutazione vede coinvolti tutti i partner di progetto supervisionati da un valutatore esterno messo a disposizione da Fondazione Cariplo per l'intera durata triennale del progetto.

Punti di forza e punti di debolezza

Tra i punti di forza del progetto vi sono innanzitutto le ricadute sulla comunità intera e sui singoli cittadini, che possono partecipare a questo processo di cura attivandosi come volontari o come "antenne sociali". Il progetto sta promuovendo il concetto di prevenzione diffondendo a tutti gli anziani coinvolti la conoscenza dei servizi più tradizionali, spesso non conosciuti o raggiunti solo quando la situazione è ormai oltre la fragilità; numerosi sono i feedback positivi espressi sia da parte degli utenti che si sentono più sereni e sicuri poiché ricevono a casa propria servizi di monitoraggio e cura, sia da parte dei familiari sollevati da alcune mansioni come accompagnamenti per la spesa, per le visite e per momenti di socializzazione. Esso, inoltre, ha ricomposto la frammentazione dei servizi, valorizzando e mettendo in rete le risorse convenzionali e non, secondo una logica di sussidiarietà e integrazione grazie alla coprogettazione degli interventi (ASL, CISS, MMG, RSA, volontariato) e all'utilizzo di sistemi informatizzati per l'attivazione e per la registrazione degli interventi erogati.

Il progetto si pone alcune sfide future da affrontare che rappresentano gli attuali punti di debolezza: avviare un processo capace di modificare gli attuali meccanismi di funzionamento dell'erogazione di servizi, coinvolgendo le reti formali e informali. Altra importante sfida è costruire una rete coordinata e diffusa su un territorio molto "disperso", capace di rispondere con continuità alle richieste degli anziani: questo comporta progettare continue azioni di ricerca di volontari motivati e formati, sensibili e capaci di entrare in collaborazione con gli operatori dei servizi tradizionali. Un ultimo obiettivo da raggiungere è quello di costruire una partnership tra pubblico e privato in una logica collaborativa anziché in quella più tradizionale committente/fornitore; per realizzare ciò è necessario un cambiamento nella "mentalità", lo sviluppo di competenze manageriali da parte del pubblico e la disponibilità alla vera compartecipazione del privato sociale. Questa è una sfida che non dipende solo dai sistemi territoriali ma necessita di un apparato giuridico e amministrativo innovativo e semplificato.

Ideatore dell'esperienza: 23 partner che hanno lavorato con un facilitatore messo a disposizione da Fondazione Cariplo.

Soggetti coinvolti: 3 Consorzi dei Servizi Sociali del Verbano, Cusio e Ossola; il Distretto Sanitario ASL VCO; 9 strutture (RSA o RA): Sacra Famiglia, Muller, Casa albergo di Baveno, Opera Pia Uccelli, Casa Massimo Lagostina, RSA Domodossola e Villadossola, RSA Premosello e Cuore Immacolato di Re, Casa Immacolata; 3 organizzazioni di volontariato: Pro Senectute, Ass. Gruppo Accompagnatori Volontari, Auser provinciale; il CREMIT Università Cattolica di Milano; 3 Fondazioni: Comunitaria VCO, Comunità Attiva, Vita Vitalis.

Target diretto: Anziani vulnerabili, in prevalenza vedove/i, che vivono in abitazioni spesso di proprietà, non conviventi con i figli.

Target indiretto: 7.000 famiglie: reclutamento volontari, promozione servizi, sensibilizzazione rispetto alla raccolta fondi.

Attività: Il progetto riguarda la qualità della vita della popolazione anziana fragile. L'obiettivo è contrastare le situazioni di solitudine e di isolamento e sostenere le famiglie attraverso la realizzazione di attività di monitoraggio e di prevenzione in ambito sociale e sanitario, per contrastare il decadimento psico-fisico degli anziani e intercettare precocemente gli eventi acuti. Il progetto vuole sensibilizzare, coinvolgere e co-responsabilizzare la comunità, grazie alla costruzione di nuove reti solidali in connessione tra loro.

Box 2 – “La cura è casa”: il progetto in sintesi

“Veniamo a trovarvi”

Sviluppato su un territorio caratterizzato dalla presenza diffusa di strutture residenziali destinate all'ospitalità di persone anziane, il progetto sperimentale “Veniamo a trovarvi” è nato sulla base di una proficua collaborazione tra l'associazione La Bottega del Possibile e la struttura residenziale Casa Don Dalmasso di Bernezzo (Cuneo), con il finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo. Avviato in fase sperimentale tra il 2008 e il 2009 e, tuttora attivo, il progetto è nato da un'azione di accompagnamento realizzata, da parte dell'Associazione La Bottega del Possibile, della struttura residenziale Casa Don Dalmasso di Bernezzo allo scopo di “aprire” la struttura stessa al territorio facendone evolvere il ruolo in quello di un Centro servizi.

Il progetto si pone come obiettivo principale il mantenimento della persona anziana presso la propria casa il più a lungo possibile attraverso un approccio preventivo e con interventi personalizzati a domicilio.

Gli interventi attivati

Dopo la presentazione del progetto alla comunità è stato avviato un percorso formativo, a cura dell'Associazione La Bottega del Possibile, mirante all'acquisizione di competenze sull'assistenza domiciliare, sul lavoro di rete e di comunità e sul concetto culturale di domiciliarità. Successivamente, tra il personale della Casa Don Dalmasso di Bernezzo è stata individuata una risorsa adatta a svolgere il ruolo di “operatrice itinerante” nella figura di una OSS a cui è stato affidato il compito di effettuare una visita domiciliare a tutte le persone ultrasettantenni residenti nel territorio comunale per conoscerle, ascoltare le loro storie, offrire informazioni sul sistema dei servizi sociali e sanitari (e non solo) e rendendosi disponibile per eventuali altre visite. Nel corso delle visite domiciliari, in caso di esigenze specifiche, l'operatrice ha

illustrato alle persone anziane e alle loro famiglie le possibili strade per fronteggiare i diversi problemi. La struttura Casa Don Dalmasso, integrandosi con le altre risorse del territorio, ha poi dato risposta ai bisogni emersi durante la visita domiciliare con servizi quali l'accompagnamento alle visite mediche, i pasti a domicilio o in struttura, l'animazione in struttura, la consegna dei farmaci, il bagno assistito. Per ogni persona beneficiaria del progetto viene redatto un Piano Assistenziale Individualizzato atto a valutare i bisogni e le risorse dell'anziano e individuare gli interventi e le figure professionali da attivare. Il Piano assistenziale viene condiviso con i parenti, l'anziano e con i servizi sociali, se richiesti.

I numeri e gli attori

Il progetto ha coinvolto 300 persone e ha visto coinvolti come partner il Comune di Bernezzo, il Consorzio Socio Assistenziale delle Valli Grana e Maira e la Cooperativa Armonia, che gestisce il personale di Casa Don Dalmasso. Il Comune, nello specifico, ha collaborato al positivo avvio dell'iniziativa attraverso l'invio di una lettera di presentazione da parte del Sindaco che ha consentito all'OSS itinerante di essere accolta dalla popolazione. Inoltre sin dall'inizio il progetto ha trovato l'approvazione dei Medici di Medicina Generale, delle Associazioni locali e dalle Parrocchie di Bernezzo. Tutti i partner sono stati coinvolti in incontri periodici di valutazione volti all'analisi dei risultati, alla verifica del raggiungimento degli obiettivi dei PAI e, più in generale, delle ricadute del progetto sul contesto sociale della Comunità.

Punti di forza e punti di debolezza

Uno dei punti di forza del progetto è la nuova figura messa in campo dalla struttura residenziale, l'OSS itinerante che, in un'ottica di prevenzione, si reca al domicilio per ascoltare e supportare l'anziano ma anche per sostenere il caregiver nel suo difficile compito di cura. Il numero degli anziani e delle famiglie coinvolte ha assunto valori significativi per la piccola realtà di Bernezzo: i riscontri positivi sono unanimi ed il progetto prosegue ancora oggi, essendo stato valutato positivamente da tutti. Altro elemento di forza del progetto è la collaborazione strutturata con i Servizi Sociali comunali, a cui l'OSS itinerante, d'intesa con gli operatori e operatrici di Casa Don Dalmasso, fa riferimento in caso di situazioni particolarmente problematiche o, quando necessario, per un confronto generale.

Fra i punti di debolezza si annovera la sostenibilità economica. Inizialmente, grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, i servizi resi al domicilio o presso la struttura venivano erogati a titolo gratuito. Al diminuire del finanziamento è stato deciso di richiedere ai beneficiari un contributo del 50% dei costi del servizio e, con la definitiva interruzione del finanziamento, il pagamento totale. I servizi resi al domicilio sono comunque aumentati e la visita domiciliare era e continua ad essere gratuita. Ciò nonostante si evidenzia che mantenere un'attività di prevenzione e promozione della salute con l'impiego di un operatore professionale, assicurando una visita domiciliare a tutti gli ultra settantenni, ha un costo che può compromettere l'equilibrio finanziario della struttura residenziale. L'Amministrazione Comunale ha cercato di farsi carico dei costi devolvendo un piccolo contributo annuale alla struttura. Un altro aspetto delicato emerso è il rischio di "fratture" fra il personale della struttura che si occupa degli ospiti ricoverati e quello che svolge l'attività domiciliare. Infine, si intravedono problematiche relative alla governance: promuovere e realizzare un intervento integrato necessita di una partecipazione attiva da parte di tutti i soggetti, mentre a volte prevale la delega.

Quest'esperienza è stata replicata negli anni in altri contesti territoriali della provincia di Cuneo, grazie all'azione di supporto dell'associazione La Bottega del Possibile e al continuo finanziamento di questa misura da parte della Fondazione CRC. Nel 2017, si è avviato l'ultimo ciclo della sperimentazione, coinvolgendo anche il contesto cittadino di una grande città come Cuneo. Queste ultime esperienze vedono in campo le strutture che avevano già partecipato in precedenza al bando, con un ruolo di tutor volto a trasferire le competenze acquisite.

Ideatore dell'esperienza: Residenza Casa Don Dalmaso e Associazione La Bottega del Possibile.
Soggetti coinvolti: La Bottega del Possibile, Casa Don Dalmaso, Fondazione CRC di Cuneo, Comune di Bernezzo, il Consorzio Socio Assistenziale delle Valli Grana e Maira, la Cooperativa "Armonia", Medici di Medicina Generale, Associazioni locali, Parrocchie di Bernezzo
Target diretto: Anziani ultra settantenni del comune di Bernezzo (Cuneo).
Target indiretto: Familiari, Caregiver e Volontari.
Attività: il progetto contempla la formazione e l'individuazione di una figura innovativa nel campo del sostegno alla domiciliarità, l'operatore itinerante. Quest'ultimo attua svariati interventi, individuati caso per caso, di sostegno e supporto alla quotidianità in favore di anziani ultrasettantenni. Il monitoraggio delle situazioni permette anche la prevenzione di incidenti e fatti spiacevoli. L'obiettivo è il mantenimento dell'anziano al suo domicilio, evitando o posticipando il più possibile l'ingresso in struttura.

Box 3 – "Veniamo a trovarvi": il progetto in sintesi

Conclusioni

La ricerca sulle esperienze di sostegno alla domiciliarità svolta dalla Bottega del Possibile ha mostrato che nel nostro Paese si assiste, nonostante le difficoltà e la crisi del sistema del welfare, ad un "brulicare" di esperienze, di progettualità che portano elementi di innovazione sociale, che provano a mettere in cantiere nuovi luoghi e percorsi del prendersi cura, di cui i due progetti presentati costituiscono un esempio.

I due progetti descritti mostrano punti di forza comuni. In primo luogo, si tratta di attività realizzate con la partecipazione di svariati soggetti attivi sul territorio, sia in ambito pubblico che privato, che decidono di confrontarsi e coordinarsi per sviluppare qualcosa di nuovo, grazie al sostegno di finanziamenti una tantum.

Entrambi hanno "aumentato" i servizi e le proposte esistenti promuovendo, oltre agli interventi più tradizionali, nuove forme di ricerca attiva di tutti quei campanelli di allarme di potenziali situazioni di rischio e di fragilità, consentendo così di riconoscere bisogni nascosti, ma esistenti, di una parte della popolazione anziana. Le attività progettuali, nei casi illustrati, hanno infatti raggiunto un numero considerevole di anziani e famiglie in precedenza sconosciute ai servizi.

I due progetti hanno puntato a realizzare un cambiamento duraturo nel rapporto tra cittadini anziani e offerta territoriale dei servizi, ma anche nel rapporto tra gli erogatori di servizi, pubblici, privati sociali e sociosanitari non sempre abituati a lavorare strettamente a contatto in modo sinergico, valorizzando in modo reciproco risorse e competenze specifiche. Entrambi i progetti, inoltre, hanno portato alla qualificazione di alcune tipologie di operatori e/o alla nascita di nuove professionalità: pensiamo alla nascita della figura dell'OSS itinerante nell'ambito del progetto sperimentale realizzato a Bernezzo e alla creazione delle figure del Network Planner e del Care Manager nel Verbano Cusio Ossola, dove è stato anche istituito anche il Registro dei volontari.

Il punto di debolezza che accomuna i due progetti è la loro sostenibilità economica nel corso del tempo, una volta terminato il finanziamento iniziale. La messa in atto di strategie a lungo termine per far fronte ai costi si rivela indispensabile per non veder appassire i germogli appena nati. Da questo punto di vista i due progetti piemontesi mostrano di essersi attivati: nel caso del progetto del Verbano, con la creazione del Fondo comune e l'avvio di attività strutturate di raccolta fondi (come ad esempio la vendita dei biscotti realizzati in carcere), mentre il progetto di Bernezzo

punta a sostenersi nel tempo grazie alla partecipazione economica del Comune e soprattutto alla compartecipazione al costo da parte dell'utenza, che non ha compromesso le attività in corso a testimonianza del loro valore.

Infine, in alcuni casi, si intravede la difficoltà di coinvolgere adeguatamente e attivamente tutti i partner di progetto, e soprattutto, di mantenere vive le nuove relazioni che sono andate strutturandosi.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzabili grazie alla stretta integrazione tra i diversi attori, pubblici e privati, presenti su un territorio. ▪ Ampliamento del numero di anziani beneficiari di un supporto e avvicinamento della popolazione ai servizi pubblici. ▪ Apertura al territorio, crescita della coesione sociale. ▪ Qualificazione e/o nascita di nuove figure professionali. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sostenibilità economica nel tempo, una volta terminato il finanziamento iniziale. ▪ Rischio di non riuscire a mantenere a lungo termine le nuove relazioni fra i partner di progetto.

Box 4 – Due esperienze di sostegno alla domiciliarità: punti di forza e di debolezza

Note

1. Le esperienze raccolte sono state realizzate soprattutto al Nord (83) e in misura minore al Centro (11) e al Sud e Isole (11). Il Piemonte è la regione che annovera il maggior numero di progetti (27) in quanto l'Associazione ha più contatti qui che altrove. Le tipologie di beneficiari coinvolti nelle esperienze raccolte sono: anziani (49 esperienze), disabili (26), adulti (16) e minori (5). E' possibile segnalare altre esperienze al link: www.bottegadelpossibile.it/introduzione-ai-questionari-buone-pratiche/

Bibliografia

Per approfondimenti

<https://www.bottegadelpossibile.it/centro-di-documentazione/>

www.lacuraedicasa.org

<http://www.casadondalmasso.it/domiciliarita-e-centro-diurno/>

L'anziano fragile con demenza: come migliorare l'approccio riabilitativo

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della terapia riabilitativa nelle persone con demenza adottando un approccio multidisciplinare ed utilizzando delle strategie che si adattino alle esigenze del paziente in base al grado di compromissione cognitiva. In questo articolo gli autori analizzano nel dettaglio le metodiche da applicare per migliorare l'approccio riabilitativo nella persona con demenza.

di [Bianca Faraci](#) (Dipartimento di Riabilitazione "Fondazione Teresa Camplani", Cremona e Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia), [Simona Gentile](#) (Dipartimento di Riabilitazione "Fondazione Teresa Camplani", Cremona e Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia), [Michela Bozzini](#) (Dipartimento di Riabilitazione "Fondazione Teresa Camplani", Cremona e Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia), [Christian Pozzi](#) (University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland (SUPSI)-Svizzera), [Elena Lucchi](#) (Dipartimento di Riabilitazione "Fondazione Teresa Camplani", Cremona e Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia), [Alessandro Morandi](#) (Dipartimento di Riabilitazione "Fondazione Teresa Camplani", Cremona e Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia)

Demenza e disturbi motori

L'aumento dell'aspettativa di vita degli ultimi decenni ha determinato un incremento della popolazione anziana e degli individui affetti da demenza con un aumento stimato del 100% tra il 2001 e il 2040 nei paesi industrializzati (Ferri et al., 2005). Il corso della malattia è caratterizzato dalla progressiva perdita delle abilità cognitive e da una graduale riduzione delle abilità motorie, con aumentato rischio di cadute e perdita di autonomia. Molti studi hanno, infatti, dimostrato che l'avanzare dell'età e la presenza di demenza portano ad alterazioni nel cammino (King, Tinetti, 1996) con incremento dell'incidenza di cadute che, a sua volta, è causa di aumento della mortalità e della morbilità. La difficoltà a camminare in sicurezza riduce l'allenamento e porta ad uno stile di vita più sedentario. Si instaura un circolo vizioso per il quale al minor movimento si associano aumento della debolezza muscolare, riduzione dell'equilibrio, ipotensione ortostatica, deficit respiratori, apatia, depressione e riduzione delle funzioni cognitive. A questo si associa la paura di cadere legata alla mancanza di forza di equilibrio e alla presenza di deficit cognitivi, con riduzione della mobilità e delle attività di vita quotidiana. L'immobilità o la compromissione funzionale sono tra i principali predittori di istituzionalizzazione ad un anno in pazienti affetti da demenza residenti al domicilio con il caregiver.

Nonostante il progressivo deterioramento delle funzioni cognitive ed in particolare della memoria, studi di letteratura hanno dimostrato che i pazienti con demenza possono apprendere nuove competenze ad esempio nel contesto della memoria procedurale, ovvero ad un livello automatico, iperappreso ed inconscio. Yu e colleghi (Yu et al., 2006) hanno ipotizzato che i soggetti con deterioramento cognitivo possano trarre beneficio dalla riabilitazione motoria perché essa si basa su un riallenamento di competenze contenute a livello di memoria procedurale, funzione che spesso rimane intatta anche quando altre aree cognitive sono compromesse.

Uno studio italiano ha valutato l'associazione tra funzioni cognitive all'ingresso in riabilitazione e recupero funzionale alla dimissione e dopo un anno in 306 pazienti con frattura di femore, dimostrando maggiori possibilità di recupero in relazione ad un miglior funzionamento cognitivo. Tuttavia, è rilevante sottolineare come un terzo dei pazienti con

decadimento cognitivo moderato-severo, definito con un punteggio al *Mini Mental State Examination* (MMSE) tra 0 e 15/30, fosse in grado di recuperare un cammino indipendente alla dimissione mantenendo tali performances ad un anno (Morghen *et al.*, 2011) (Figura 1). Un ulteriore studio canadese ha valutato gli effetti delle terapie riabilitative dopo frattura di femore in una popolazione di 11.200 persone anziane con demenza. I pazienti venivano assegnati a quattro gruppi: nessuna riabilitazione; riabilitazione in unità di cure subacute, riabilitazione domiciliare e riabilitazione intensiva. Lo studio ha dimostrato come si potesse ottenere un miglior recupero funzionale e minor rischio di istituzionalizzazione nei pazienti trattati con una riabilitazione domiciliare ed intensiva. Gli studi sottolineano come nessun paziente anziano con demenza dovrebbe essere escluso da un trattamento riabilitativo (Seitz *et al.*, 2016). E', però, necessario evidenziare che ad oggi non vi sono indicazioni specifiche su come riabilitare la persona con demenza ed in particolare su quale possa essere il migliore approccio, l'intensività, la durata anche in considerazione del grado di deficit cognitivo. E', quindi, utile indicare quali possano essere le metodiche migliori per ottimizzare la riabilitazione della persona con demenza.

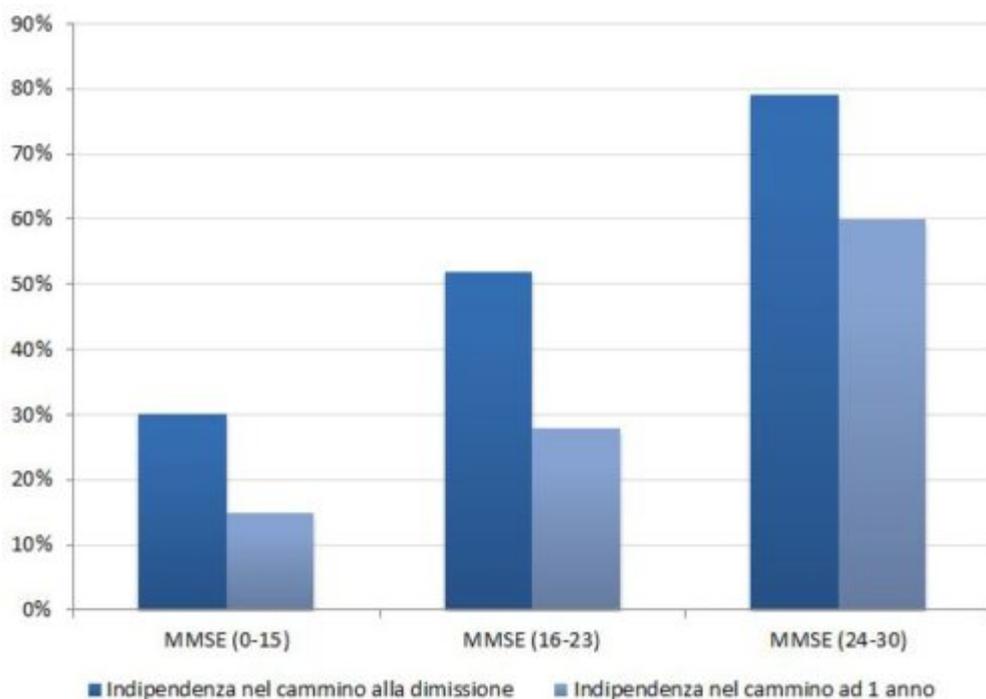


Figura 1 – Percentuali di pazienti con frattura di femore in grado di deambulare autonomamente al momento della dimissione ed ad un anno di distanza dopo un trattamento riabilitativo. La figura mostra la distribuzione delle percentuali di recupero funzionale in relazione al decadimento cognitivo definito con il Mini Mental State Examination (MMSE 0-15, indicativo di decadimento cognitivo moderato-severo; MMSE 16-23, decadimento cognitivo lieve-moderato; MMSE 24-30 assenza di decadimento cognitivo). (Adattata da Morghen *et al.* J Am Geriatr Soc, 2011, 59:1497-502).

L'approccio riabilitativo nella persona fragile con demenza

L'insieme delle problematiche cognitive e comportamentali associate alla demenza rappresenta per il team riabilitativo una vera e propria sfida terapeutica. Affinché la partecipazione del paziente durante l'intervento fisioterapico possa essere garantita e si amplifichi la possibilità di ottimizzare il potenziale riabilitativo, attraverso lo sfruttamento della

preservata memoria procedurale, è necessario adottare un approccio riabilitativo che concepisca gli interventi sulle problematiche funzionali/motorie, alla luce dei deficit cognitivo-comportamentali presenti nel paziente. Ciò può avvenire da parte degli operatori soltanto attraverso un approccio globale che preveda al suo interno non solo l'inquadramento del deficit motorio/funzionale, ma anche l'identificazione delle disabilità cognitive, l'acquisizione del punto di vista del paziente, l'analisi delle possibili fonti di disagio e la conseguente implementazione di strategie compensative per i disordini cognitivo-comportamentali riscontrati.

Il punto di partenza per programmare il lavoro con la persona affetta da demenza è una precisa ed attenta valutazione delle abilità motorie premorbose ed attuali. E' necessario ricavare tutte le informazioni riguardanti il paziente, raccogliendo i dati sia dalla cartella clinica sia mediante colloquio con i familiari o il caregiver principale. Dall'intervista con i familiari è opportuno raccogliere il maggior numero di informazioni per comprendere le capacità motorie residue del paziente: se è in grado eseguire i passaggi posturali, di spostarsi dal letto, di camminare e se utilizza ausili (ad es., bastone, canadese, walker). E' indispensabile conoscere anche le attività di vita quotidiana che riesce a svolgere in autonomia: lavarsi, vestirsi, alimentarsi, eseguire l'igiene, utilizzare il bagno. Inoltre, bisogna sapere se nel periodo antecedente alla valutazione, il paziente ha ridotto la sua mobilità, se il suo stile di vita è cambiato o se è apparso più ansioso, aggressivo o depresso.

Una volta raccolte queste informazioni è fondamentale acquisire notizie sull'aspetto socio-familiare: caregiver principale, coniuge e/o figli conviventi, presenza di supporto assistenziale. E' opportuno sapere quale lavoro svolgeva, quali hobbies o attività eseguiva con piacere e valutare se il paziente presenta deficit di acuità visiva od uditiva. Queste informazioni sono utili per creare la relazione con il paziente ed adattare il trattamento alle necessità della persona.

Solitamente è consigliabile eseguire la valutazione iniziale nella stanza del paziente che rappresenta un ambiente tranquillo senza eccessive distrazioni. La comunicazione non verbale è essenziale nei primi contatti con il paziente, così come è importante eseguire un primo colloquio conoscitivo per promuovere il senso di fiducia e familiarità, prima di procedere alla vera e propria valutazione funzionale, in cui gli aspetti principali che dovranno essere indagati, attraverso strumenti standardizzati, sono: la capacità di muoversi nel letto e di mettersi seduto, l'esecuzione dei trasferimenti, l'equilibrio e il cammino. Gli strumenti standardizzati di valutazione motoria che più frequentemente vengono utilizzati sono specificati in Tabella 1 in base al grado di decadimento cognitivo ed agli obiettivi riabilitativi ipotizzabili.

Demenza Lieve	Demenza Moderata	Demenza Grave
<ul style="list-style-type: none"> • Barthel Index subitem trasferimenti e deambulazione • Scala di Tinetti • Berg Balance Scale • Time up and go • Walking speed 	<ul style="list-style-type: none"> • Barthel Index subitem trasferimenti e deambulazione • Scala di Tinetti • Walking Speed 	<ul style="list-style-type: none"> • Barthel Index subitem trasferimenti e deambulazione • Scala di Tinetti • Trunk Control Test

Tabella 1 – Scale di valutazione fisioterapia in relazione al livello di decadimento cognitivo ed ai possibili obiettivi riabilitativi.

Per ogni attività è necessario monitorare il tempo impiegato per eseguirla, le strategie utilizzate, il livello di assistenza necessaria, la presenza di dolore o ipotensione ortostatica. La raccolta di tali informazioni consente al fisioterapista di fornire informazioni gestionali sia al reparto sia ai familiari durante la degenza.

Nel lavoro con i pazienti affetti da demenza, per garantire una maggiore collaborazione nel trattamento riabilitativo, è fondamentale individuare attività *task-oriented*, ovvero attività note di vita quotidiana che indirettamente prevedano al loro interno l'esecuzione dei nostri obiettivi riabilitativi (Teri, Logsdon, McCurry, 2008). Oltre all'utilizzo di attività familiari è fondamentale introdurre delle strategie volte a by-passare i disordini cognitivi in relazione al grado di decadimento cognitivo (Tabella 2).

Demenza lieve	<p>Presenza di lieve deficit cognitivo (in particolare difficoltà attentive e alle funzioni esecutive). E' generalmente in grado di comprendere il senso della situazione, di esprimere eventuale dolore, di riferire al terapeuta la difficoltà nelle attività.</p> <p>→ <i>strategie cognitive per l'attenzione e le funzioni esecutive</i></p>
Demenza moderata	<p>Presenza di deficit cognitivo che, oltre alle difficoltà attentive e alle funzioni esecutive, interessa anche la memoria, l'orientamento e un parziale deficit di linguaggio. Può non essere in grado di comprendere il senso della situazione o di ricordare procedure riabilitative, ma generalmente è in grado di esprimere eventuale dolore, non sempre è in grado di riferire al fkt la difficoltà nelle attività.</p> <p>→ <i>strategie cognitive per l'attenzione e le funzioni esecutive + strategie di linguaggio e mnestiche + maggiore attenzione esterna alla possibile presenza di dolore</i></p>
Demenza severa	<p>Presenza di deficit cognitivo severo, multifunzione, che difficilmente consente al paziente di comprendere il senso delle procedure riabilitative, con paura e possibili disturbi del comportamento quali aggressività o agitazione. Presenza di marcati deficit di linguaggio che ostacolano la comunicazione tra l'operatore e il paziente e l'espressione verbale del dolore durante lo svolgimento delle attività.</p> <p>→ <i>strategie per il superamento della paura + strategie cognitive per marcate difficoltà di linguaggio + monitoraggio/identificazione 'esterna' del dolore</i></p>

Tabella 2 – Livello di compromissione cognitiva, principali deficit e strategie riabilitative

Il paziente affetto da demenza lieve generalmente presenta dei deficit selettivi all'interno di un quadro cognitivo parzialmente conservato. I deficit più rilevanti presenti in questa fase sono quelli imputabili alle funzioni attentive e alle funzioni esecutive. Un'importante strategia riabilitativa per il superamento delle difficoltà attentive riguarda la riduzione delle richieste verbali e ambientali interferenti, che riducono la capacità di concentrazione durante l'esecuzione di un compito. Per evitare che le risorse attentive si spostino su un altro stimolo è necessario non interrompere il paziente mentre esegue un compito motorio distraendolo con richieste verbali. Per lo stesso motivo, l'ambiente dove viene svolta l'attività deve essere il più possibile silenzioso, senza evidenti appigli visivi (ad es. colori forti, linee colorate). Un'altra strategia riabilitativa è l'utilizzo di segnali di allerta verbali (ad es. 'ora facciamo un esercizio diverso', 'preparati') mirati a

richiamare l'attenzione del paziente. Può essere utile frazionare l'intervento in più momenti, prevenendo l'esaurimento delle risorse e dunque massimizzando l'efficacia del momento terapeutico. I pazienti con deficit delle funzioni esecutive possono mostrare difficoltà nel pianificare autonomamente un'azione o l'insieme dei passaggi richiesti per il raggiungimento di un obiettivo finale, difficoltà nel ragionamento logico o presentare difficoltà nella flessibilità cognitiva e nell'utilizzo attivo e spontaneo di strategie. Se il paziente presenta difficoltà di pianificazione è necessario scomporre i compiti in sequenze circoscrivibili, per poi eventualmente procedere a seconda delle abilità al concatenamento delle sottocomponenti l'una con l'altra. Di fronte alla presenza di difficoltà di ragionamento logico o di critica può essere utile spostare temporaneamente l'attenzione su altri stimoli, possibilmente piacevoli per la persona, e riprendere l'attività in seguito.

Il paziente affetto da demenza in fase moderata presenta anche deficit di memoria, orientamento ed una possibile parziale compromissione delle abilità di linguaggio. Per le difficoltà di memoria e apprendimento si rende opportuno il coinvolgimento dei familiari nel trattamento riabilitativo al fine di trasferire le informazioni riabilitative importanti anche al domicilio. Inoltre può essere utile ripetere più volte le indicazioni per l'esecuzione di un'attività: non bisogna dare per scontato che il paziente ricordi chi è e che funzione svolge per lui il fisioterapista durante il ricovero. Particolare attenzione deve poi essere rivolta alle abilità di linguaggio. Infatti, vi possono essere difficoltà nella comprensione verbale, per cui il fisioterapista deve utilizzare delle strategie comunicative volte ad incrementare la capacità di comunicazione: creare un rapporto faccia a faccia (parlare davanti al paziente ed alla stessa altezza), aumentare la salienza del messaggio (enfaticizzare le informazioni critiche, ad esempio mettendo le parole importanti all'inizio o alla fine, o aumentando/cambiando il tono di voce in corrispondenza delle parti più rilevanti), rallentare la velocità dell'eloquio e fornire tempi maggiori per le risposte, semplificare la struttura sintattica (ad esempio, usare frasi brevi con possibilità di risposta sì/no), fornire informazioni gestuali supplementari al messaggio (ad es. indicare la direzione del cammino).

Il paziente affetto da demenza severa difficilmente sarà in grado di interpretare l'esperienza e l'utilità delle procedure riabilitative attraverso dei processi di valutazione critica, o di ricordare quanto spiegato dal personale sanitario. E' fondamentale sottolineare che tale paziente ha difficoltà ad esprimere il proprio dolore; è possibile pertanto che manifesti il proprio disagio e la propria paura attraverso disturbi comportamentali (ad es. aggressività, oppositività, agitazione) che possono essere interpretati come mancanza di collaborazione. E', pertanto, il terapeuta che deve farsi sentinella con il resto dell'equipe per possibili condizioni di dolore attraverso l'osservazione del comportamento. E' quindi necessario osservare le espressioni del viso e del corpo, tenendole costantemente monitorate e prestando attenzione alle variazioni quotidiane dello stato comportamentale, perché potrebbero essere espressioni di dolore. L'espressione 'no, non lo voglio fare' non esprime necessariamente un rifiuto, ma anche un'incapacità di comunicare la propria necessità, in quanto la stessa espressione può significare 'no, non capisco', o 'no, ho paura e non ti conosco', oppure 'ho molto dolore e non riesco a dirtelo'.

La terapia occupazionale nell'intervento riabilitativo

“Nulla sembra più semplice che tendere una mano per afferrare una tazza, eppure ciò comporta una pluralità di processi tanto interconnessi da risultare a prima vista indistinti: identificare l'oggetto, orientare testa ed occhi, localizzarlo rispetto al corpo, stabilire la giusta distanza, predisporre la mano nel modo più idoneo, analizzare le informazioni sensoriali... e, in più, qual è l'intenzione, lo scopo di quella mano: portare alla bocca? Annusare? Buttare il contenuto per terra? Un gesto apparentemente semplice mette in moto una serie di complessi meccanismi neuronali: il gesto ci realizza, il gesto

è l'uomo" (Rizzolatti, 2006).

Rizzolatti (2006) esplicita al meglio qual è il focus della terapia occupazionale che pone l'accento sul "fare" significativo eificante per il paziente. Il cambio epidemiologico che ha coinvolto tutta la sanità caratterizzato da un crescente numero di pazienti curabili ma inguaribili, che presentano sovente deficit di estrema gravità, pone il paziente di fronte al difficile compito di affrontare la quotidianità, gravato dai nuovi deficit, affidato interamente al paziente, ai suoi familiari ed ai suoi amici. Questa "zona d'ombra" della medicina tradizionale rappresenta lo specifico campo d'azione della Terapia Occupazionale che, nel corso dei decenni, si è approcciata a migliaia di persone in cerca di un nuovo equilibrio nella vita quotidiana, irrimediabilmente segnata dal proprio deficit. L'esperienza e la competenza specifica consentono al terapeuta occupazionale di proporre al paziente strategie concrete e strumenti efficaci, che si adattino alle esigenze ed ai desideri della persona. In un recente trial randomizzato controllato (Graff *et al.*, 2006) condotto su pazienti con demenza da lieve a moderata è stato più volte sottolineato come la terapia occupazionale basata sull'esecuzione di attività di vita quotidiana (BADL) abbia contribuito ad ottenere un sensibile miglioramento della performance motoria (trasferimenti, deambulazione) riducendo il rischio di deterioramento in quelle attività sottoposte a training. Conseguentemente il terapeuta occupazionale cerca di intervenire non focalizzandosi esclusivamente sulle funzioni deteriorate, ma soprattutto sulla mancanza di motivazione ad agire che può essere provocata sia dai familiari (sostituzione) sia dal senso di inadeguatezza percepito dal paziente stesso. Dunque l'approccio occupazionale (Kielhofner, 2001) riconosce nella mancanza di motivazione ad agire e nella riduzione dell'autostima lo specifico patologico della demenza: l'intervento riabilitativo consisterà nel migliorare o mantenere lo stato funzionale di partecipazione/indipendenza e controllare i disturbi del comportamento. Particolare attenzione sarà riposta sull'ambiente sociale (persone) e fisico (spazi ed oggetti): entrambi possono presentare ostacoli o facilitazioni e incoraggiamenti alla persona che agisce.

Le attività di base (B/ADL) e le attività avanzate (I/ADL) come strumento terapeutico

La terapia occupazionale ha uno specifico focus sulla riabilitazione nelle attività di base e avanzate partendo dalla storia personale della persona con demenza. In questa specifica riabilitazione il ruolo centrale nel trattamento è riservato ovviamente alla persona con demenza ma non solo: il caregiver è sempre presente e considerato. In questo, precursore dell'approccio descritto, è stato il programma COTID-IT (*Community Occupational Therapy in Dementia – Italy*) nato dagli studi della Prof. Graff (2006). Molti studi (Graff *et al.*, 2006; Kielhofner, 2002) hanno dimostrato che sedute di terapia occupazionale incentrate sul recupero delle occupazioni delle persone con demenza sia con persone degenti in strutture protette o residenti in casa migliorano l'indipendenza e la partecipazione della persona nel quotidiano rendendo, di conseguenza, gli interventi assistenziali di caregiver e familiari meno gravosi durante le occupazioni sottoposte a training. Dagli studi inoltre si evidenzia particolarmente rilevante l'attività di counselling rivolta ai familiari dei pazienti da parte del terapeuta occupazionale: l'insegnamento di strategie concrete, oggettive e osservabili "sul campo" da applicare quotidianamente riduce loro lo stress con un significativo miglioramento della qualità di vita propria e dei propri cari.

Tramite l'introduzione di attività ed occupazioni diverse (ad es. arti, mestieri, attività domestiche) per le quali siano state identificate delle potenzialità, la terapia occupazionale si propone non solo di far riacquistare al paziente una funzione lesa o una abilità perduta, ma soprattutto di recuperarlo dal punto di vista cognitivo e funzionale, quanto più completamente possibile a sé e al suo ambiente: famiglia, lavoro, vita di relazione. Bach (1995) in uno studio longitudinale controllato durato 24 settimane ha dimostrato che la terapia occupazionale associata alla riabilitazione

motoria è in grado di migliorare le prestazioni cognitive, le relazioni sociali e la qualità di vita in pazienti istituzionalizzati affetti da demenza lieve o moderata. L'American Occupational Therapy Association utilizza un approccio specifico per l'attuazione di un protocollo di trattamento nelle varie fasi della demenza della corretta stimolazione occupazionale anche in attività avanzate della vita quotidiana (Tabella 3) (Bach et al., 1995).

Stadio	Aree Occupazionali	Intervento terapia Occupazionale
Demenza lieve	Lavoro/ Volontariato	Creare opportunità di volontario o in associazioni culturali adattate alla capacità del cliente e alla sua storia occupazionale.
	IADL (Attività strumentali della vita quotidiana)	Recupero occupazioni in ambiente esterno al domicilio per favorire indirettamente una ecologica stimolazione motoria; Mantenere interessi personali attivi e favorire l'esecuzione di attività adattate in autonomia fornendo corretta formazione al caregiver (es. cucinare, rammentare, eseguire giardinaggio in base alla storia occupazionale ...).
	Partecipazione sociale	Mantenere una buona rete sociale primaria (famiglia) e secondaria (comunità-amiche); promuovere partecipazione attiva in attività di svago in piccolo o medio gruppo. Eventuale inserimento in gruppi di mutuo aiuto sia per le persone con demenza che per i caregiver.
Demenza moderata	ADL (Attività della vita quotidiana)	Massimizzare l'impegno nelle B/ADL ed I/ADL (es. uso del denaro e telefono adattato) mediante adattamenti compensativi e ambientali.
	Tempo libero	Formazione dei caregiver in programmi di attività "su misura": creare opportunità per ottimizzare le competenze per il tempo libero identificando una supervisione adeguata pur mantenendo una sicurezza adeguata
	Partecipazione sociale	Frequenza centri di stimolazione occupazionale con personale qualificato (CDI di comunità, centri anziani)
Demenza severa	ADL	Supervisione nell'alimentazione, stimolazione sensoriale tattile/visiva/ verbale durante igiene e abbigliamento. Cura degli aspetti relazionali.
	La partecipazione sociale	Soddisfare il bisogno di contatto umano: empatia.
	Sonno	Prevenire le comorbidità connesse al minore movimento durante il sonno / riposo (piaghe, ausili per la mobilità adeguati).

Tabella 3 – Intervento di Terapia Occupazionale nelle attività avanzate della vita quotidiana suddiviso per stadi di demenza: iniziale, moderata e severa.

La maggioranza delle persone anziane esprimono il desiderio di continuare a vivere nel proprio domicilio, dove trascorrono le loro giornate con una routine consolidata e sperimentata nel corso della propria vita. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento del numero di anziani pone davanti alla socialità nuove scelte assistenziali: è indubitabile che gli anziani e i loro caregiver chiedono ambienti di vita più fruibili, più adatti alle ridotte capacità motorie e cognitive.

A questo scopo, risulta necessario riadattare la casa della persona affetta da demenza con modifiche in termini di architettura (es. adattare scale esterne con montascale), interior design e soluzioni tecnologiche (es. valvole di chiusura gas, porte a chiusura automatica etc). Sottolineiamo che ogni intervento di adattamento ambientale deve comunque essere sempre preceduto da un'attenta analisi cognitiva, occupazionale, motoria e sociale: l'adattamento deve essere eseguito "su misura" e non può essere standardizzato per ogni caso clinico sottoposto a consulenza. In questo caso l'intervento del Terapista Occupazionale, in accordo con i dati della letteratura, risulta indispensabile.

Conclusioni

La riabilitazione della persona con demenza richiede un approccio multidisciplinare basato sulla comunicazione attiva con la persona, con la creazione del contatto con il paziente per migliorare la compliance al trattamento. Il percorso riabilitativo va calibrato su misura per le esigenze del paziente, ricorrendo a strategie adattative e compensative che mirano al recupero funzionale. L'ottica interdisciplinare rappresenta la modalità più efficace per raggiungere gli obiettivi preposti. All'interno di questo percorso è fondamentale riconoscere l'importanza della presenza dei familiari che rappresentano il principale supporto per l'anziano non autosufficiente.

Bibliografia

- Bach D., Bach M., Bohmer F., Fruhwald T., Grilc B. (1995), *Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients*, Age Ageing, 24(3), pp. 222-6.
- Ferri CP., Prince M., Brayne C., Brodaty H., Fratiglioni L., Ganguli M., et al. (2005), *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*, Lancet, 366(9503), pp. 2112-7.
- Graff MJ., Vernooij-Dassen MJ., Thijssen M., Dekker J., Hoefnagels WH., Rikkert MG. (2006), *Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial*, BMJ, 333(7580), p. 1196.
- Kielhofner G.A. (2002), *Model of human occupation: theory and application*, Baltimore, Williams & Wilkins..
- King MB., Tinetti ME. (1996), *A multifactorial approach to reducing injurious falls*, Clin Geriatr Med, 12(4), pp. 745-59.
- Morghen S., Gentile S., Ricci E., Guerini F., Bellelli G., Trabucchi M. (2011), *Rehabilitation of older adults with hip fracture: cognitive function and walking abilities*, J Am Geriatr Soc, 59, pp.1497-502.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006), *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Seitz DP., Gill SS., Austin PC., et al. (2016), *Rehabilitation of older adults with dementia after hip fracture*, J Am Geriatr Soc, 64, pp. 47-54.

Teri L., Logsdon RG., McCurry SM. (2008), *Exercise interventions for dementia and cognitive impairment: the Seattle Protocols*, J Nutr Health Aging, 12(6), pp. 391-4.

Yu F., Kolanowski AM., Strumpf NE., Eslinger PJ. (2006), *Improving cognition and function through exercise intervention in Alzheimer's disease*, J Nurs Scholarsh, 38(4), pp. 358-65.

Servizi territoriali per anziani in Toscana: strumenti e risultati di una analisi

Il contributo illustra l'analisi dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità nell'Area Vasta Nordovest, in Toscana. L'autore presenta gli strumenti di rilevazione messi in campo e delinea i principali risultati emersi dalla ricerca.

di [Andrea Iacopini](#) (Collaboratore Direzione dei Servizi Sociali dell'azienda USL Nordovest, in Toscana)

Il contesto del progetto di ricerca: Regione Toscana e l'Azienda UsI Nordovest

La Toscana è una delle Regioni a livello italiano che ha dato molta importanza alla problematica della Non Autosufficienza degli anziani; infatti nell'arco di poco più di un decennio (2003 – 2015) ha sviluppato un intenso processo di mutamenti istituzionali ed organizzativi per cercare di dare un nuovo assetto ai servizi territoriali, cercando di renderlo più funzionale al bisogno.

L'occasione per una analisi ad ampio raggio della situazione si è avuta recentemente (2015), quando la previsione di tagli ai finanziamenti nazionali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) nella legge di Stabilità ha indotto il governo regionale a rivedere profondamente il sistema dei servizi per la Salute nel suo complesso, con il fine dichiarato di mantenere la sostenibilità di una sanità pubblica ad accesso universalistico. Regione Toscana ha quindi deciso di accorpate le Aziende USL esistenti fino al 2014 in 3 grandi aziende di Area Vasta (Centro, Nordovest e Sudest), attraverso un processo di fusione durato formalmente quasi un anno, nei fatti ancora in corso¹.

Il Gruppo di lavoro Aziendale Non Autosufficienza e Disabilità

A seguito della riorganizzazione prevista dalla legge 28/2015, il Commissario designato per l'Area Vasta Nordovest (Figura 1), comprensiva delle ex USL di Pisa (USL5), Livorno (USL6), Massa Carrara (USL1), Versilia (USL12), Lucca (USL2), ha creato il Gruppo di Area Vasta per la Non Autosufficienza Anziani e disabilità, con l'obiettivo di analizzare la situazione dei servizi nei territori delle Zone Distretto².

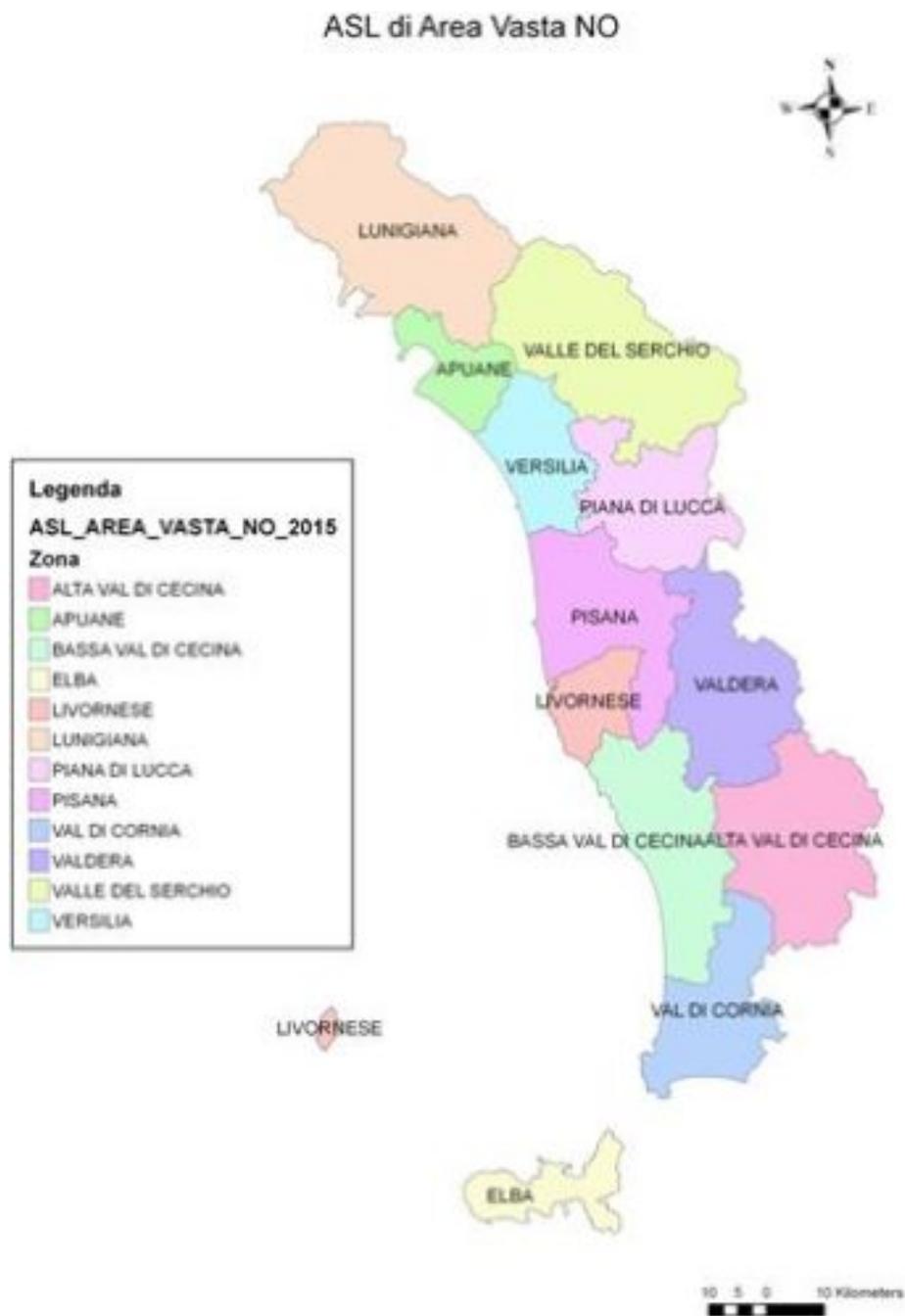


Figura 1 – Il Territorio dell'Azienda Usi Nordovest e le sue Zone – Distretto (anno 2015)

Il Gruppo di lavoro aziendale ha effettuato di fatto una **valutazione ex post** sull'esito di tutte le Politiche innovative in materia di Non Autosufficienza (e non solo) sviluppate da Regione Toscana, con un notevole livello di dettaglio sull'effettivo funzionamento dei servizi³. Ai fini dell'indagine conoscitiva sono state impostate delle griglie di rilevazione dati a livello di Zona/Distretto sui seguenti aspetti:

- Il sistema di Governance e dell'offerta dei Servizi.
- La domanda accolta e presa in carico nell'anno di riferimento per la ricerca (2014).
- Lo stato delle liste di attesa.
- Il costo del sistema e dei servizi, per capire quanto è stato speso nell'anno di riferimento per mantenere i servizi di presa in carico.

Le schede di rilevazione dati del Gruppo di Lavoro aziendale

Per quanto riguarda il punto **a) Il sistema di Governance e dell'offerta dei Servizi**, la rilevazione è stata effettuata con una griglia predisposta su documento excel di office in un foglio di lavoro denominato "organizzazione Zona_NA_AS"; in questa griglia si chiedeva, dall'alto in basso:

- La Governance della Zona/Distretto.* In particolare interessava cogliere la presenza/ costituzione o meno delle Società della Salute, e/o dell'Unione dei Comuni e/o Comunità Montane, in quanto considerate rilevanti per la programmazione e gestione dei servizi in questione, sulla base della normativa vigente in Regione Toscana.

Organizzazione servizi di Zona				
SDS (sì/no)	Unione dei Comuni (sì/no)	Comunità Montana (sì/no)	Gestione associata S. Sociali (sì/no)	note su Gestione dei servizi di Zona

- Lo stato del Servizio Sociale di Zona,* andando a rilevare non solo la consistenza numerica degli addetti, ma anche la loro appartenenza in termini di Istituzione: USL, Comune, Cooperativa.

Servizi Sociali							
personale ASL (sì/no)	n. personale ASL	Personale Comuni (sì/no)	n. personale Comuni	Personale cooperative (sì/no)	n. ore	costo orario	note Servizi Sociali

- Tipologie di servizi di long term care* dedicati alla non Autosufficienza Anziani: l'assistenza domiciliare, con la rilevazione delle professionalità coinvolte.

I Servizi residenziali per la Non Autosufficienza, che rappresentano la componente di maggior impegno in termini di organizzazione, pluralità di soggetti coinvolti e risorse impiegate.

Servizi Residenziali per Anziani							
RSAG. diretta							
n° RSA gestione diretta	n° posti RSA gestione diretta	n° posti modulo base	n° posti modulo motorio	n° posti modulo cognitivo/comp.	n° posti modulo vegetativo	n° RSA gestione FULL SERVICE	

RSA Convenzionate						
n° RSA Convenzionate	n° posti convenzionati RSA	n° posti modulo base	n° posti modulo motorio	n° posti modulo cognitivo/comp.	n° posti modulo vegetativo	

I Centri diurni, altra tipologia di servizio utilizzata spesso insieme all'assistenza domiciliare in PAP (Piani assistenziali

personalizzati) misti. i Centri diurni rappresentano la parte Semiresidenziale dell'offerta dei servizi e sono molto importanti per la loro funzione di "sollevio" alla famiglia.

Centri diurni				
n° CD gestione diretta	n° posti in CD g. diretta	n° CD gestione convenzionata	n° posti in convenzione	note su CD

Nell'ultima sezione della griglia di rilevazione sull'offerta di servizi si chiede ai responsabili di ogni zona di descrivere eventuali altre tipologie di servizi non compresi nelle precedenti tipologie, per esempio progetti sperimentali.

Altra tipologia di Servizi per NON AUTO (es. voucher, assegno badanti, assistenza domiciliare indiretta, ecc...)				
n°	Nome servizio	breve descrizione		

4) Nella parte terminale del foglio excel denominato "Organizzazione Zona NA_AS", è stata aggiunta una breve sezione relativa alle risorse impiegate complessivamente per la Non Autosufficienza nell'anno 2014.

RISORSE impiegate sulla NON AUTO per tipologia di interventi			
ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA (% - importo)	RSA (% - importo)	CDA (% - importo)	ALTRA TIPOLOGIA DI SERVIZI (% - importo)

Sempre in merito al punto a) *Il sistema dell'organizzazione e dell'offerta dei Servizi*, la griglia di rilevazione prosegue su altri due fogli excel, denominati rispettivamente "Punti_Insieme", "PUA", "Dim progr (Dimissioni Programmate)" e "UVM". Con questi strumenti si intende rilevare, rispettivamente:

- La rete dei Punti di Accesso al sistema dei servizi, così come definita dalla legge 66/2008 (Istitutiva del Fondo regionale per la Non Autosufficienza e del sistema dei servizi, con regole di esigibilità, tempi certi, ecc.), quindi i Punti Insieme (art. 10 L. R.T. n° 66/2008), ma anche il PUA, l'ufficio che è preposto a coordinare tutta la rete territoriale e costituisce il punto di riferimento per altri attori della rete assistenziale, quali Medici di Famiglia, Ospedali per Dimissioni programmate, altri soggetti.
- L'UVM, la Commissione Multidisciplinare che ha il compito di effettuare le valutazioni dei casi di cittadini anziani con problematiche di Non Autosufficienza (art. 11 L. RT n° 66/2008) e propone i PAP alle famiglie.

Come ultimo punto di analisi per la comprensione dell'organizzazione del sistema dei servizi nelle Zone è stato preso in esame il percorso assistenziale nel suo insieme (Figura 2), così come declinato dalle normative regionali e nello specifico dal Progetto per la Non autosufficienza (DGRT 370/2010) e dalla L. regionale n° 66/2008.



Figura 2 – La presa in carico, valutazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari integrati.

Per quanto riguarda invece il punto **b) La domanda accolta** ed il **d) Il costo del sistema dei Servizi**, è stata riutilizzata una scheda di rilevazione inviata da Regione Toscana alle Zone.

Interventi domiciliari socio-sanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico								
	n. persone assistite		n. ore erogate		n. accessi programmati		Spesa Totale al 31/12/2014	Quota parte del Fondo utilizzata al 31/12/2014
	TOTALE	di cui FNA 2014	TOTALE	di cui FNA 2014	TOTALE	di cui FNA 2014		
MMG								
Specialista								
Infermiere								
Operatore Socio Assistenziale								
Assistente di Base								
Operatore Socio Sanitario								
Terapista								
TOTALE								

Per completare la rilevazione della situazione esistente nei territori delle 12 Zone, i Coordinatori del Gruppo di Area Vasta per la Non Autosufficienza Anziani hanno deciso di rilevare la consistenza delle liste di attesa esistenti, per macro tipologia di servizi (domiciliare diretta e domiciliare indiretta, residenziale, semiresidenziale) e per livelli di isogravità dei casi. I dati di tutte le rilevazioni sono stati raccolti in tabelle di sintesi e griglie comparative corredate da analisi swot.

L'analisi del Sistema dei Servizi nelle Zone/Distretto/SDS

del'Azienda USL Toscana Nordovest

Analisi dell'Organizzazione del sistema dei Servizi a livello di Governance territoriale

Il Gruppo aziendale ha rilevato che alla fine del 2015 solo 7 Zone su 12 (Tabella 1) dichiaravano di avere in essere il Consorzio "Società della Salute", costituito con la partecipazione dei Comuni della Zone – Distretto e dell'Azienda sanitaria competente per territorio⁴.

Tra le Zone che hanno dichiarato di non avere o di aver sciolto da poco le Società della Salute si collocano quasi tutte quelle con città capoluogo di Provincia: Lucca (Piana di Lucca), Livorno (Zona Livornese) e Massa Carrara (Zona Apuane).

Zone	SDS	Unione Comuni Com. montana	Gestione associata	Convenzione con ASL
Lunigiana	SI	NO	NO	SI
Apuane	NO	NO	NO	NO
Valle del Serchio	NO	SI	SI	SI
Piana di Lucca	NO	NO	SI	SI
Pisa	SI	NO	SI	SI
Valdera	SI	SI	SI	SI
Alta Val di Cecina	SI	SI	SI	SI
Livorno	NO	SI	SI	NO
Bassa Val di Cecina	SI	SI	SI	SI
Val di Cornia	SI	NO	SI	SI
Elba	NO	NO	SI	€
Versilia	SI	NO	SI	SI

Tabella 1 – Quadro riassuntivo dell'organizzazione istituzionale e della gestione dei servizi nelle Zone della USL Nordovest – dati da Zone – materiali di gruppo aziendale per la Non Autosufficienza e disabilità

Situazione con innesti di innovazione e buona garanzia di integrazione sociosanitaria
Persistenza di un vecchio modello di organizzazione, senza SDS ma con una buona integrazione sociosanitaria
Situazione di fallimento della sperimentazione SDS – fase transitoria con criticità
Situazione anomala con criticità, anche rispetto a modelli prec. ti L. 40 e 41 e s.m.

Invece il modello di Società della Salute è stato realizzato nelle Zone Lunigiana, Pisana, Valdera e Alta Val di Cecina, Bassa Val di Cecina, Val di Cornia e Versilia⁵. Si tratta di Zone di dimensioni medio- piccole, con l'eccezione della Zona Pisana.

Tra le Zone con SDS si distingue la Lunigiana per la presenza della gestione in forma diretta dei servizi, il che garantisce una maggiore integrazione sociosanitaria. Tutte le altre SDS non gestiscono direttamente i servizi, ma

delegano alla Asl competente per territorio.

La Zona Pisana invece ha una gestione unitaria dei servizi territoriali, in quanto i Comuni hanno delegato tutte le funzioni di loro competenza su Servizi sociali e sociosanitari.

Nel suo insieme questo stato dei fatti può essere considerato il sintomo dell'esistenza di un fenomeno di *Path dependency*: in diversi ambiti territoriali le innovazioni di livello regionale sono rimaste ad un livello superficiale e non sono state fatte proprie dai livelli politici locali e dalla rete degli stakeholders (cittadini e terzo settore, operatori commerciali) del territorio.

Un altro ambito di analisi che può confermare la tendenza al conservatorismo dal punto di vista dell'organizzazione del sistema dei servizi, seppure indirettamente, è quello del Servizio sociale stesso; infatti si è constatato che nelle Zone Apuane, Livornese, Piana di Lucca e Versilia le assistenti sociali dipendenti dai Comuni sono prevalenti, mentre nelle Zone Lunigiana, Valle del Serchio, Pisana, Valdera, Val di Cornia le Assistenti sociali sono in maggioranza dipendenti dell'Azienda USL e/o assistenti sociali di Cooperative (in base a Convenzioni). Quindi i Comuni che hanno scelto di mantenere questo tipo di professionalità all'interno del proprio organico hanno di fatto mantenuto la possibilità di gestire direttamente l'erogazione dei servizi (come confermato dalla rilevazione per Zona Apuane e Livornese); queste situazioni coincidono con quelle caratterizzate da assenza della SDS o scioglimento della stessa, ma anche da assenza di gestione associata ed Unione dei Comuni (vedi Tabella 1).

L'esistenza di due dinamiche anche fortemente divergenti tra livelli istituzionali diversi, in questo caso con cambiamenti innovativi per quanto riguarda la Regione e sostanziale stabilità/resistenza al cambiamento a livello locale (politica pubblica *path dependent*), è stata più volte riscontrata nei *policy studies*, in modo particolare nel campo degli studi comparati sulle Politiche Sociali (Natali e Rago, 2010). L'analisi della situazione registrata in alcune zone dell'azienda USL Nordovest sembra dunque confermare questa tendenza.

Analisi dell'Organizzazione del sistema territoriale dei Servizi

Sulla base dei dati relativi al sistema di accesso alla rete dei servizi possiamo dedurre che tutte le Zone hanno costituito una rete abbastanza capillare di Punti Insieme sui territori, coordinati da un PUA di Zona.

Il Gruppo aziendale ha rilevato che la rete dei Punti di accesso è costituita dall'insieme delle sedi territoriali dove si svolge la preesistente funzione di Segretariato Sociale (vedi L. 328/2000) e dai "nuovi" Punti Insieme costituiti in base alle recenti normative.

Bisogna considerare che prima dell'istituzione dei Punti Insieme le Assistenti sociali dei Comuni e delle Asl assicuravano le prese in carico di anziani fragili o non autosufficienti, attraverso il servizio del Segretariato Sociale. I Punti Insieme hanno introdotto la particolarità di una tipologia di sportello dedicato a problemi di Non Autosufficienza, ma non hanno sostituito il modello precedente; anzi, in diversi casi il segretariato sociale continua ad essere preferito dai cittadini, ormai abituati ad un rapporto di fiducia con l'assistente sociale competente per territorio.

E' parere dell'autore che questa compresenza di due tipologie di sistemi dell'accesso, quella vecchia (segretariato sociale) e la nuova (Punti Insieme) rappresenti un altro sintomo di *path dependency* nelle modalità organizzative aziendali/comunali.

Per quanto riguarda le Commissioni Unità di Valutazione Multidimensionali è stato somministrato un questionario relativo alle fasi del percorso assistenziale dell'anziano non autosufficiente, per capire come si svolge effettivamente nelle Zone. le risposte hanno permesso di appurare il rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente nelle fasi di

segnalazione, valutazione e presa in carico.

Zone	% spesa domiciliare sul totale	% spesa CD/CDA sul totale	% spesa RSA sul totale
Lunigiana	14	15	71
Apuane	22	6	71
Valle del Serchio	24	2	74
Piana di Lucca	NP	NP	NP
Alta Val di Cecina	19	4	78
Valdera	16	10	74
Pisana	13	3	84
Bassa Val di Cecina	33	18	49
Livornese	18	3	79
Val di Cornia	16	4	79
Elba	10	32	57
Versilia	22	4	74

Tabella 2 – Percentuale di spesa per tipologia di servizio

Per quanto riguarda invece i contenuti dei PAP e la fase di erogazione delle prestazioni in essi previste sono state rilevate alcune differenziazioni tra le Zone, dal punto di vista della preferenza accordata a determinati strumenti di *policy*; per quanto riguarda l'assistenza domiciliare gli indicatori che si riferiscono al livello di spesa per servizi (Tabella 2) e al carico assistenziale di utenti (Tabella 3, colonne "Utenti AD diretta" e "Utenti AD indiretta") mostrano chiaramente un maggior impiego di questo tipo di assistenza in alcune realtà.

Zone	Totale utenti	Utenti RSA def.	Utenti RSA temp.	Utenti CD	Utenti AD diretta	Utenti AD indiretta	Utenti lista d'attesa
Lunigiana	30,2	9,8	1,9	4,7	7,2	6,6	0,0
Apuane	14,0	3,9	0,7	1,1	6,3	2,2	0,0
Valle del Serchio	34,2	11,3	6,3	0,5	6,5	9,6	0,0
Piana di Lucca	27,7	5,5	2,4	1,2	10,3	8,4	2,0
Alta Val di Cecina	46,8	26,3	0,0	2,1	16,9	1,5	3,4
Valdera	28,1	10,0	0,9	3,2	8,9	5,0	4,2
Pisana	32,2	12,6	0,8	0,8	10,8	7,2	0,8
Bassa Val di Cecina	23,0	4,2	1,8	5,0	6,1	6,0	3,0
Livornese	37,2	10,4	0,8	1,5	15,5	9,0	1,3
Val di Cornia	22,3	8,1	1,1	1,1	8,4	3,6	1,4
Elba	18,0	4,3	0,1	5,3	3,2	5,1	1,9
Versilia	42,8	11,7	2,7	0,5	19,4	8,6	2,4
USL NO	30,1	9,2	1,6	1,7	11,0	6,7	1,6

Tabella 3 – Tasso di utenti presi in carico per tipologia servizio o in lista attesa x 1.000 anziani residenti – Anno 2015

Se si considera il rapporto tra n° utenti presi in carico (nell'anno 2014) x 1.000 anziani residenti si nota soprattutto la Zona Versilia, che presenta valori molto elevati per entrambe le forme di assistenza domiciliare; infatti per la domiciliarità diretta questo territorio ha un tasso di 19,4 utenti per 1.000 anziani residenti e 8,6 sull'indiretta. A seguire, l'Alta Val di Cecina (16,9) e la Zona Livornese (15,5) per la domiciliarità diretta e di nuovo Livornese (9,0), Valle del Serchio (9,6) e Piana di Lucca (8,4) per l'indiretta. Le altre Zone si pongono in linea con la media di USL NO (11 diretta, 6,7 indiretta) o al di sotto. Dal punto di vista del livello % di spesa (Tabella 2) per assistenza domiciliare le Zone Valle del Serchio (24%), Versilia (22%) ed Apuane (22%) sono ai primi posti, seguite da Alta Val di Cecina (19%) e Livornese (18%). Anche i servizi residenziali e semiresidenziali presentano una notevole variabilità da zona a zona, nel senso che emerge chiaramente in certe realtà una predilezione per questo tipo di risposta.

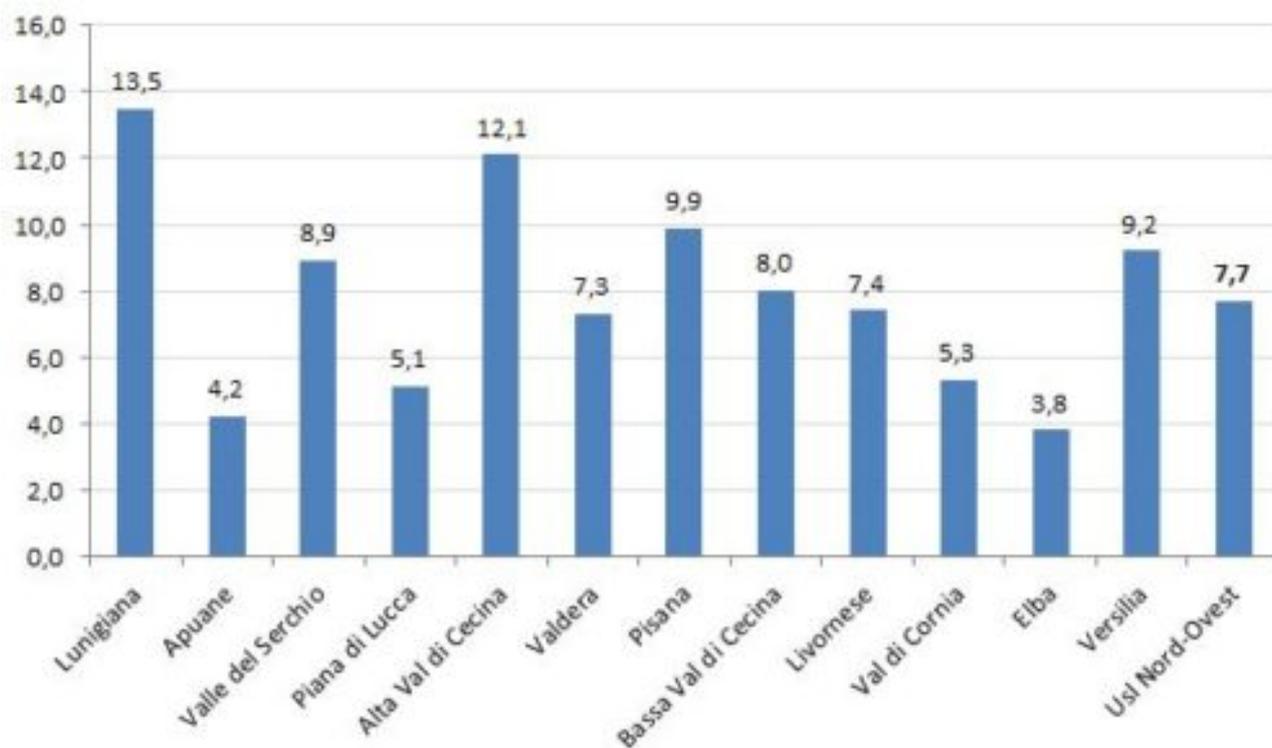


Figura 3 – n° di posti letto in RSA per anziani Non Autosufficienti in rapporto alla popolazione anziana, per zona Fonte: dati da Zone – materiali di gruppo aziendale per la Non Autosufficienza e disabilità e Istat/Regione Toscana

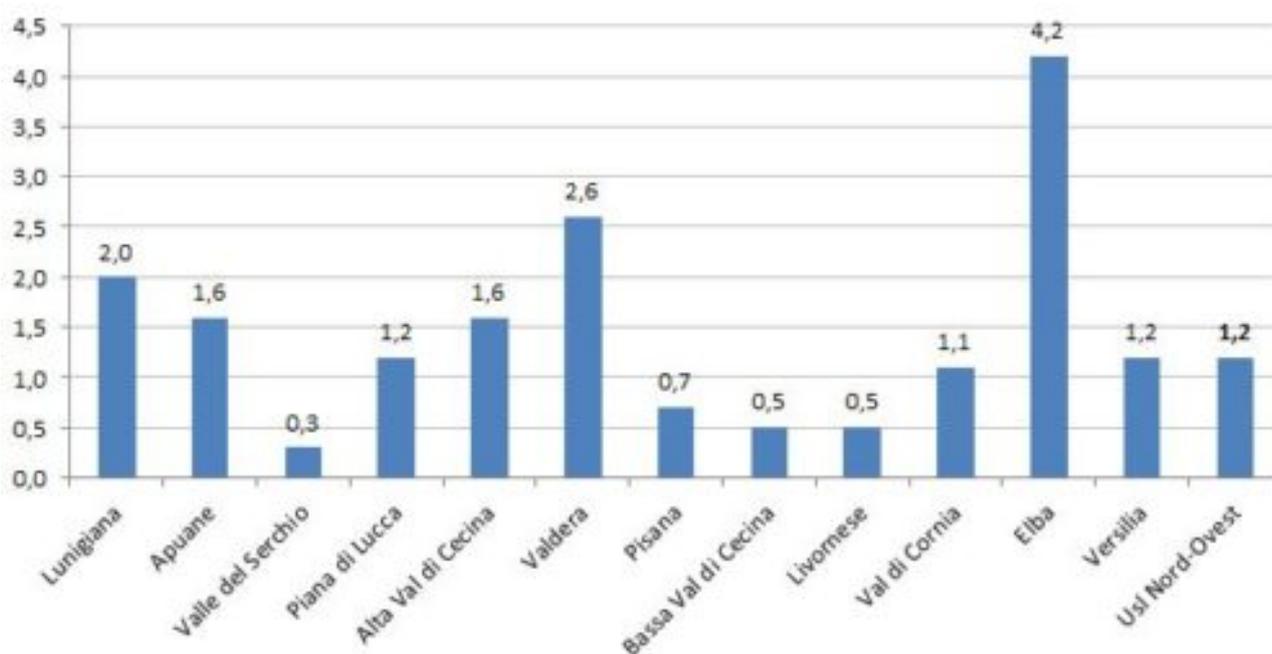


Figura 4 – n° posti letto in CD/CDA per anziani Non Autosufficienti in rapporto alla popolazione anziana, per zona Fonte: dati da Zone – materiali di gruppo aziendale per la Non Autosufficienza e disabilità e Istat/Regione Toscana

Prendendo in esame l'indicatore che pone in rapporto il n° di posti letto delle strutture RSA (Residenze Sanitarie Assistite) esistenti sul territorio x 1.000 anziani residenti (Figura 3), si nota che le Zone della Lunigiana (13,5), Alta Val di Cecina (12,1), Pisana (9,9) e della Versilia (9,2) hanno dato particolare importanza negli anni a questo strumento di policy

, di contro a Zone come Elba (3,8), Apuane (4,2), Piana di Lucca (5,1), e Val di Cornia (5,3) che sono su livelli di copertura molto più bassi (circa la metà).

Per quanto riguarda i Centri diurni (Figura 4), stavolta è l'Elba a primeggiare, con 4,2 posti per 1.000 anziani, seguita da Valdera (2,6 posti), Lunigiana (2), Apuane (1,6) ed Alta Val di Cecina (1,6), mentre tutte le altre Zone si pongono intorno al valore medio dell'Azienda USL Nordovest (1,2), con Valle del Serchio (0,3), Bassa Val di Cecina (0,5) e Livornese (0,5) ai livelli bassi.

I RISULTATI DELLA RICERCA

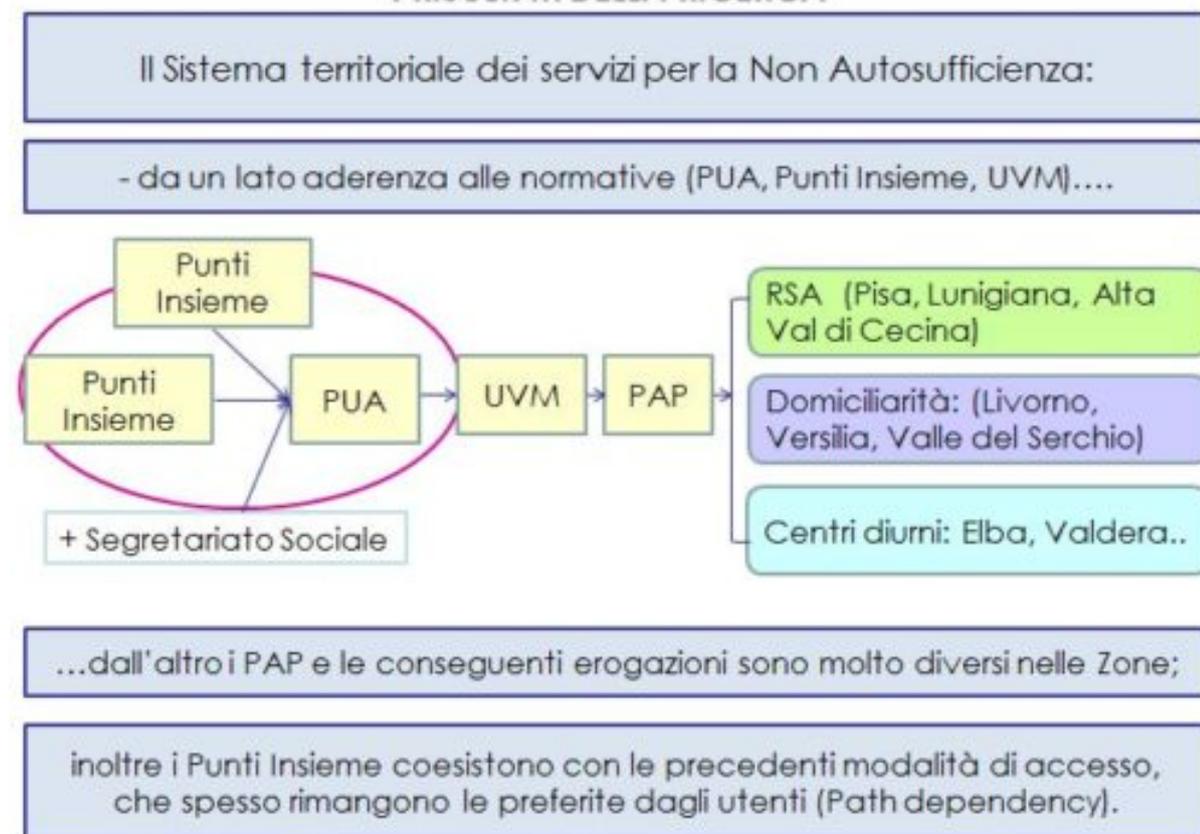


Figura 5 – sintesi dei risultati di analisi comparata per quanto riguarda l'organizzazione del sistema territoriale dei servizi per la Non Autosufficienza.

In definitiva (Figura 5) si può ragionevolmente dire che nel corso di questi anni le Zone hanno sviluppato caratteristiche differenziate nel sistema dell'offerta dei servizi (vedi rapporti con i fornitori di servizi, es. case di riposo, terzo settore non profit, Cooperative sociali), che non sono state messe in discussione dall'evoluzione delle Politiche pubbliche promossa da Regione Toscana in anni recenti. Semmai si evidenzia che chi aveva già dei punti di forza li ha ulteriormente potenziati, in certi casi sfruttando le nuove politiche regionali per completare il proprio set di risposte ai bisogni di non autosufficienza. Si può concludere che il concetto di path dependency aiuta a spiegare le variabilità riscontrate nelle zone anche a questo livello di analisi, relativo all'organizzazione del sistema dei servizi territoriali.

Conclusioni

Sulla base delle analisi comparate sviluppate nel presente lavoro si può concludere che Regione Toscana con le innovazioni normative introdotte dal 2003 al 2015 **ha definito un sistema territoriale assai più evoluto del precedente**

, dal punto di vista della Governance territoriale, dell'organizzazione del sistema dell'accesso e presa in carico e dell'offerta di servizi mirati al bisogno di Non Autosufficienza; come elemento caratterizzante è evidente la costante ricerca dell'integrazione sociosanitaria da parte del legislatore: dal livello di Governance istituzionale – il Consorzio Società della Salute – al livello gestionale, operativo e professionale costituito da PUA e Commissione UVM. L'integrazione in effetti è un obiettivo importante da raggiungere per riuscire a garantire una risposta efficace al bisogno di non autosufficienza delle persone, che si caratterizza per la sua notevole complessità.

Questo sistema però **non si è realizzato in maniera omogenea** in tutte le Zone della Toscana, per effetto di una serie di fattori di ordine storico – istituzionale, socio-economico e culturale/professionale. Recenti ricerche hanno posto in evidenza la presenza di fenomeni “conservatori” a vari livelli (Pierson, 2000; Natali, Rago, 2010;), che possono aiutare a spiegare questi esiti differenti nella concreta realizzazione delle politiche pubbliche per anziani non autosufficienti in Toscana.

Alcuni studi comparativi recenti collocano la Toscana tra le Regioni italiane che riescono ad assicurare un livello “medio” di copertura del bisogno, sia per i servizi domiciliari, che pure sono stati potenziati, sia per quelli residenziali (Gori, 2010; Carrino, 2015). Per questo sono **necessari ulteriori progressi** per portare la Regione ai livelli avanzati che si riscontrano in altre Regioni italiane, ma anche in altri paesi europei. Tra gli elementi negativi riscontrati si nota una tendenza, comune anche al resto d'Italia, a mantenere una impostazione delle Politiche Pubbliche per la Non Autosufficienza che “poggia” sulle famiglie (Ferrera, 2012; Naldini, 2002), pur supportandole con diversi strumenti, come i contributi mirati all'assunzione delle badanti o il recente progetto “Pronto badanti”.

Anche l'importanza assegnata in questi anni ai **servizi domiciliari** (sin dalla delibera n° 402/2004) risponde certamente al nobile scopo della maggior umanizzazione della cura, grazie al fatto che la persona può rimanere di più al proprio domicilio. Ma facendo riferimento alle tendenze in atto anche a livello europeo, questa impostazione rischia di non reggere alla prova dei fatti, viste le dinamiche di invecchiamento della popolazione e la mutazione nella struttura delle famiglie (sempre più anziani soli, spesso donne vedove e non di rado senza figli o con figli lontani); per non parlare dei cambiamenti in atto nel mercato del lavoro e delle abitazioni, che hanno forte influenza sulle capacità delle famiglie di organizzarsi per far fronte a problemi così complessi e d'impatto sulla qualità della vita di tutto il nucleo familiare (Ranci e Pavolini, 2015). Infine le dinamiche socio-economiche innescate dalla crisi iniziata nel 2008 mettono sempre più in primo piano un forte rischio di impoverimento per le famiglie che devono occuparsi di accudire i loro anziani in condizioni di non autosufficienza (Luppi, 2015).

Viste queste tendenze, sarebbe opportuno che la Regione Toscana, non da sola, ma in sinergia con altre realtà che hanno messo questa problematica nelle loro agende politiche già da tempo, si facesse promotrice di una forte spinta innovatrice sul livello nazionale, facendo leva sulla comparazione con quei paesi dell'UE che “si sono attrezzati” negli anni (Pesaresi e Gori, 2003; Ferrera, 2012; Pavolini e Ranci, 2015); infatti alcuni paesi nordici hanno sviluppato e diversificato i servizi di Long Term Care rendendo più sostenibile il sistema nel suo complesso.

D'altro canto, è bene che Regione Toscana riprenda la **spinta innovativa** anche a livello "micro", nei confronti di tutte quelle realtà locali sul suo territorio che, come appurato nel corso di questo lavoro, hanno dimostrato una certa resistenza al cambiamento, a volte senza incorrere in particolari difficoltà, in altri casi con maggiori criticità; infatti, in relazione alle dinamiche demografiche certe zone (in particolare Lunigiana, Alta Val di Cecina e Val di Cornia) dell'area Vasta Nordovest (Figura 6) sono ad uno stadio molto avanzato del processo di invecchiamento della popolazione, anche rispetto alla media di Regione Toscana (24,76% di popolazione anziana al 31/12/2014) e dell'Italia (21,4%).

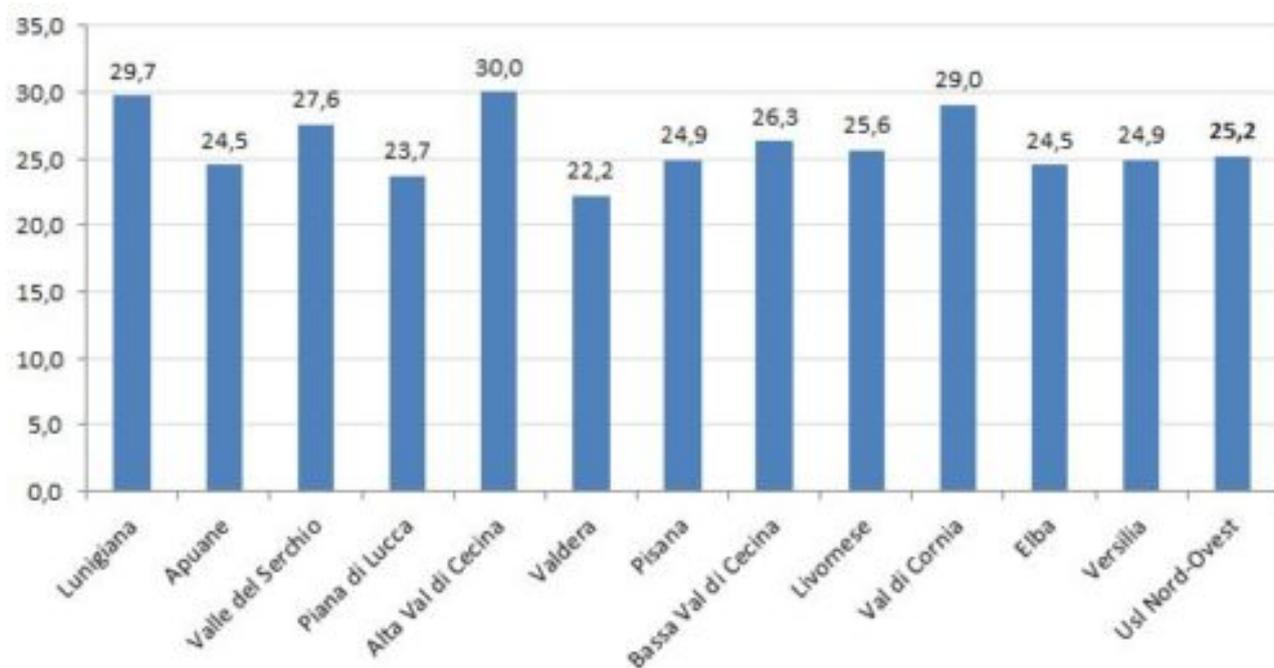


Figura 6 – La popolazione anziana nelle Zone/Distretto dell'Azienda USL Toscana Nordovest – Anno 2015 (01/01/2015)
Fonte: ISTAT

In questi ultimi anni è in corso una imponente ristrutturazione del sistema delle Aziende USL della regione, che in maniera diretta e/o indiretta arriva ad investire gli stessi ambiti locali; alcuni di questi territori si devono unire con altri, in parte volontariamente, in parte sulla base di criteri regionali. Anche gli stessi Comuni, i "mattoni" alla base di tutta l'architettura istituzionale, stanno decidendo in alcuni casi se fondersi. E' quindi un momento di transizione, che "rompe" i vecchi equilibri e per questo rappresenta una fase di grande potenzialità, nella quale possono innescarsi altre spinte innovative a vari livelli, in un processo a catena. Allo stesso tempo tutto questo costituisce un forte rischio di peggioramento e di perdita dei precedenti punti di riferimento.

In ultimo si pone con forte evidenza la problematica di avere **dati certi e attendibili**, soprattutto sul fronte dei costi, per poter monitorare su basi attendibili la sostenibilità del sistema dei servizi di Long Term Care per gli anziani a fronte delle dinamiche demografiche in atto.

Note

1. Leggi regionali n° 28/2015 e 84/2015 (modifica legge 40/2005).

2. L'autore ha partecipato nel 2015 a tale gruppo. Su questa esperienza e materiale ha sviluppato una Tesi di ricerca in "Politiche Pubbliche dell'Unione Europea" presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Genova (Relatore Prof. Andrea Mignone), con una metodologia di analisi comparata (in proposito si veda la nota 3).
3. Nota metodologica: Lo studio si è basato sul materiale raccolto dal Gruppo di Lavoro per la Non Autosufficienza; è stata sviluppata un'analisi comparata delle Politiche Pubbliche con il supporto di un modello di studio del mutamento istituzionale ed organizzativo denominato *Path dependency framework* (Pierson, 2000; Lanzalaco L., Prontera A., 2012). Questo modello interpretativo si basa sulla premessa che le politiche del passato (ad un tempo T0), una volta sviluppate, contribuiscono alla creazione di un ecosistema di policy che diviene autoreferenziale, ovvero ha ragione di essere indipendentemente dalle politiche che lo hanno generato e diviene un fattore di resistenza a qualunque tentativo di cambiamento successivo e così molto spesso rimane spazio solo per piccole modifiche di tipo incrementale.
4. La Società della Salute è stata istituita da Regione Toscana (Del. CR 155/2003) per assicurare una visione d'insieme del Territorio dal punto di vista dei bisogni sociali e sanitari e per organizzare i servizi in modo da fornire risposte appropriate, basandosi sul principio cardine dell'integrazione sociosanitaria tra i servizi sociali dei Comuni ed i servizi sanitari dell'azienda USL. Laddove non sia stata costituita la SDS l'integrazione sociosanitaria è garantita attraverso apposita Convenzione sociosanitaria (L. 40 – art. 70 bis).
5. La Società della Salute della Versilia è stata sciolta per volontà di alcuni soci (Comuni) il 31/12/2017.

Bibliografia

- Carrino L. (2015), *Le Regioni: le tendenze in atto*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. V Rapporto. Un futuro da ricostruire, Rimini, Maggioli Editore.
- Ferrera M. (2012) (a cura di), *Le Politiche Sociali*, II ed., Bologna, Il Mulino.
- Gori C. (2010), *Il Sistema di Protezione e Cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, IRS.
- Lanzalaco L., Prontera A. (2012), *Politiche Pubbliche Comparate*, Bologna, Il Mulino Itinerari.
- Luppi M. (2015), *Non Autosufficienza e impoverimento*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. V Rapporto. Un futuro da ricostruire, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Naldini M. (2002), *Le Politiche Sociali e la Famiglia nei paesi mediterranei. Prospettive di analisi comparata*, in "Stato e potere", Bologna, Il Mulino.
- Natali D., Rago M. (2010), *L'analisi comparata delle Politiche di Welfare: una riflessione metodologica*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche", n° 1, pp. 61 – 82.
- Pavolini E., Ranci, C. (2015), *Le politiche di Welfare*, Bologna, Il Mulino.
- Pesaresi F., Gori C. (2003), *Servizi Domiciliari e Residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in Tendenze Nuove, n° 4-5, pp. 433 – 470.
- Pierson P. (2000), *Increasing returns, path dependence, and the study of politics*, in "American Political Science Review", vol 94, n° 2, pp. 251 – 267.

Complessità ed opportunità nel rapporto fra staff e parenti degli ospiti in RSA

In questo articolo gli autori descrivono quello che hanno appreso da una serie di studi in case di riposo relativamente al rapporto fra staff e parenti degli ospiti, con particolare riferimento ai bisogni dei parenti. I risultati ottenuti indicano una situazione caratterizzata da grande impegno da parte di tutti, da tensioni non semplici da risolvere, ma anche da opportunità da cogliere.

di [Francesca Fiore](#) (Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Ingegneria e Scienze dell'Informazione dell'Università di Trento), [Fabio Casati](#) (Professore al Dipartimento di Ingegneria e Scienza dell'Informazione dell'Università di Trento)

L'assistenza agli anziani nelle case di cura (RSA) è caratterizzata da complesse sfide sociali ed emotive, oltre a quelle mediche, sia nel rapporto con gli ospiti che con i loro parenti. La transizione all'assistenza residenziale a lungo termine richiede importanti adeguamenti nella vita dell'anziano e della sua famiglia (Lee, Woo, Mackenzie, 2002). Il rapporto tra staff, anziano, familiari, ed altri ospiti sono aspetti chiave in questa transizione, e contribuiscono all'adattamento, all'integrazione sociale, al senso di appartenenza e al benessere generale della persona che si trasferisce in una struttura e dei loro cari (Friedemann *et al.*, 1997; Bradshaw, Playford, Riazi, 2012).

In questo articolo riassumiamo i nostri studi sul rapporto fra staff e parenti degli ospiti che, come abbiamo appreso, sono spesso i principali interlocutori dello staff. Il nostro interesse specifico è mirato a capire se ha senso introdurre tecnologia in RSA per facilitare il rapporto staff-parenti e, se sì, quale tecnologia e come può essere applicata. In questa sede ci concentriamo però non tanto sull'aspetto tecnologico quanto su quello che abbiamo imparato in una serie di studi qualitativi e quantitativi e a valle di osservazioni in oltre 15 RSA del nord Italia. Gli studi sono stati effettuati dal nostro team in collaborazione con CBA informatica.

La letteratura sul tema è vasta e proviene da diverse discipline. Gli ospiti in RSA sono di fatto seguiti da due tipologie di caregivers: quelli formali (operatori sanitari e professionisti) ed informali (familiari) (Weinberg, 2007). Questi sono "co-produttori" di assistenza, e la loro collaborazione e fiducia sono essenziali nella cura dei pazienti (Gittel, 2008). Tuttavia, diversi studi evidenziano lacune nella comunicazione tra i caregivers formali e informali, e ci mostrano che spesso i familiari sono confusi e hanno molti dubbi sui processi di cura dei loro parenti (Kripalani, 2007). Inoltre le persone che si prendono cura dei propri familiari sono spesso vittime di burnout, depressione e stress ben superiori alla media (Berkman, Syme, 1979), pertanto la relazione staff-parente-ospite si svolge in un contesto di generale difficoltà per tutti gli attori coinvolti.

La letteratura ci dice però anche che quando i modelli di cura si concentrano sull'integrazione tra gli operatori per fornire un servizio di cura coerente, trasparente e consistente (Bodenheimer, 2008), tutti i caregiver riescono a partecipare alle cure, migliorando il coordinamento e concentrandosi sui bisogni dei pazienti e della loro famiglia (Wagner, 2000). Questo modello sottolinea la necessità di facilitare le dinamiche di interazione tra tutti i caregiver anche in termini di continuità dell'informazione (la necessità di informazioni corrette e coerenti), la continuità gestionale (la necessità di protocolli chiari) e la continuità relazionale (la necessità di relazioni sicure e supporto umano) (Haggerty, 2003).

Malgrado la grande quantità di studi sulla vita in RSA, abbiamo trovato solo poche informazioni sulla struttura, qualità e

bisogni relativi al rapporto staff-parenti, soprattutto in Italia dove la condizione degli ospiti è spesso più critica rispetto a strutture analoghe in altri paesi e il rapporto ospite-parente è più stretto. Questi sono i motivi che ci hanno spinto ad analizzare il problema in profondità.

Metodo

Per indagare sulla natura delle relazioni nelle cure residenziali abbiamo visitato 15 strutture nel Nord Est, da marzo 2016 a marzo 2018. Durante le visite, abbiamo condotto osservazioni, interviste semi-strutturate e focus group e somministrato questionari (il tutto dopo avere ottenuto l'approvazione ad effettuare gli studi da parte del Comitato Etico dell'Università di Trento). A tutte le attività hanno partecipato vari ricercatori, al fine di ridurre la possibilità di bias. I partecipanti sono stati reclutati attraverso il personale delle strutture, che ha invitato le persone a partecipare allo studio e dunque ad aderire volontariamente alle interviste. Sono state realizzate più di 100 interviste, 3 focus group con 29 membri dello staff di 3 enti, e sono stati raccolti 350 questionari con esperti e operatori del settore e 90 con i famigliari degli ospiti.

Nelle visite e nelle domande a staff e parenti abbiamo cercato di capire sia come le strutture si avvicinano ai parenti sia che tipo di rapporto i parenti si aspettano con lo staff. Abbiamo anche cercato più in generale di comprendere desideri, bisogni ed ansie dei parenti, anche in considerazione del fatto che molti di loro passano parecchie ore alla settimana in struttura e che quindi di fatto l'ingresso dell'anziano in RSA segna un cambiamento importante anche nella vita del parente.



Figura 1 – Il nostro team durante le visite e i focus groups in RSA

Risultati

I risultati delle analisi sono stati un misto fra aspetti ovvi ed aspetti (per noi) sorprendenti.

Un punto emerso chiaramente, ed ampiamente atteso, è la grande passione dello staff ma anche la cronica mancanza di tempo per fare tutto quello che si vorrebbe. Anche pienamente atteso è il desiderio da parte sia di staff che di parenti di poter avere un rapporto personale stretto – desiderio che è in conflitto con la mancanza di tempo descritta in precedenza (*“Certo che mi piacerebbe fermarmi a parlare che ne so, con la signora Maria, ma durante il turno riusciamo a malapena a scappare in bagno un secondo.. riuscire a fare chiacchiere con il tempo e la cura che serve è impensabile per tutte le cose che ci sono da fare”*). Questo aspetto è particolarmente importante anche visto lo stato di grande stress, senso di colpa, e da un certo punto di vista anche senso di “sconfitta” del parente che porta la persona in RSA

dopo avere provato lungamente a prendersi cura del proprio caro in casa.

Il rapporto staff-parenti è infatti spesso difficile nelle fasi iniziali. Per le strutture un nuovo ingresso rappresenta la presa in carico di un “paziente esteso”: non solo il futuro residente, ma anche tutto il suo intorno più prossimo. Una delle maggiori cause di stress per lo staff in questo rapporto è relativo alla diffidenza dei parenti nella fase iniziale del ricovero, che nasce soprattutto dalle diverse aspettative del ruolo della RSA e anche da una certa sfiducia sulle competenze mediche della struttura. Il parente in molti casi si aspetta infatti che la permanenza in RSA sia temporanea, e che l'attività principale sia quella di riabilitazione. In realtà l'ingresso in RSA è spesso definitivo e l'attività di riabilitazione è molto limitata, sia perché il parente è eccessivamente ottimista sulle possibilità di ripresa del proprio caro, e sia perché le richieste in termini di personale per un lavoro di riabilitazione sarebbero eccessive. Questo aspetto genera tensioni anche perché non sempre il parente comunica al proprio caro che l'ingresso in RSA è “permanente” (*“Spesso i familiari portano qui i propri cari cercando di convincersi che ne usciranno in piedi e meglio di prima. Questo non succede quasi mai perchè la loro condizione non lo permette ma è l'alibi che si danno e la motivazione che forniscono per l'ingresso, ipotizzando che sia solo per un po'.”*).

La mancanza di riabilitazione è solo uno dei punti che talvolta genera sfiducia nel parente: dal punto di vista delle competenze mediche, il familiare è spesso preoccupato delle capacità delle RSA soprattutto perché, con ogni probabilità, l'ospite arriva dopo un trasferimento da un contesto ospedaliero dove era seguito da un team di medici. Una RSA non è un ospedale e non ha quindi gli stessi obiettivi da questo punto di vista. Spesso piccoli problemi gestionali contribuiscono a questa sfiducia: ad esempio, di solito dopo l'ingresso in RSA è necessario un cambio di terapia dal punto di vista degli specifici farmaci da utilizzare perché il prontuario RSA è diverso da quello dell'ospedale, anche se la cura è di fatto la stessa. Questo cambio di farmaci, nel clima iniziale di diffidenza, è talvolta percepito dal parente come intenzione di passare ad una cura low-cost ma meno efficace o centrata, anche se così non è. Il cambio di terapia – e lo scambio di informazioni tra staff e parenti relativamente al cambiamento – è uno dei punti di conflittualità più comuni e stabili nel tempo: lo staff ha una certa riluttanza a comunicare proattivamente i cambiamenti (perché possono generare molte domande e discussioni e in un contesto caratterizzato da mancanza di tempo la gestione diventa problematica). Il parente invece desidera quasi sempre essere informato di ogni cambio di terapia, e percepisce la mancanza di comunicazione proattiva con una certa diffidenza.

A parte i cambi di terapia, dopo una fase iniziale caratterizzata da una grande “fame” di informazioni da parte del parente, l'interesse si sposta dal lato alla routine della giornata. Anche se diversi parenti esprimono bisogni e preferenze diverse e quindi non è sempre possibile generalizzare, in media osserviamo che col tempo ai parenti interessano fondamentalmente due cose: la prima è la possibilità di essere informati sulle piccole cose della vita di tutti i giorni, che sono le stesse che chiediamo ai nostri cari, ai nostri partner e ai nostri figli: se e come hanno dormito, se e cosa hanno mangiato, e se sono andati in bagno regolarmente. La seconda è relativa alla comunicazione nell'altra direzione, un aspetto che inizialmente avevamo completamente trascurato: i parenti hanno un grande desiderio di partecipare alla cura dei familiari e vorrebbero i) essere coinvolti maggiormente nella vita della RSA anche per aiutare, e ii) avere la possibilità di comunicare le abitudini e le preferenze del proprio caro in modo che queste possano essere rispettate. Questo tipo di informazione, se strutturata in modo preciso, è considerata molto utile anche dallo staff, che troverebbe utile avere anche in modo scritto (alcuni hanno usato anche il termine “contratto”) questi consigli sulla gestione dell'ospite.

Abbiamo invece ricevuto informazioni contrastanti relativamente all'interesse per la partecipazione ad attività sociali. Alcuni parenti hanno espresso interesse ad avere questo tipo di informazioni (ad esempio sapere se il proprio caro

passa tempo nelle aree comuni o resta in camera) e più in generale ad avere informazioni sulla condizione psicoemotiva. In alcune RSA invece lo staff riporta che questo tipo di richieste non sono frequenti (*“Non chiedono delle cose che sarebbe bene che sapessero ad esempio qual è il contatto fuori dalla struttura o che oggi era particolarmente sereno e abbiamo poca possibilità di dare evidenza a cose belle che succedono a cose che facciamo, magari sono piccole cose ma che loro non ti chiedono.”*).

Da ultimo citiamo che una ulteriore criticità sollevata dai parenti è relativa alla mancanza di attività interessanti per loro in RSA. Chi passa in RSA parecchie ore alla settimana ci dice che *“Se ci fosse qualcosa di più sarebbe meglio, perché se vedo che sta bene non vado a chiedere, non sono alla fine mai andato perché la vedo tranquilla, [...] io per non disturbare non vado a disturbare o chiedere...Però se ogni dovessero mandare anche solo per email qualcosa, sarebbe ben bello”* . Alle volte i familiari stessi, spesso anche in relazione allo stato cognitivo del proprio caro, sono i primi ad ammettere *“che molto spesso quando si va in visita non sanno proprio che attività fare”*. E questo risulta particolarmente vero per i nipoti più giovani, che trovano difficile gestire il tempo delle loro visite senza annoiarsi.

Conclusioni

Per le conclusioni riprendiamo il nostro cappello di informatici e cerchiamo di capire che indicazioni possiamo trarre in termini di possibilità di intervento che vanno incontro a bisogni reali e che sono compatibili con i processi delle RSA.

La prima è l'opportunità di un sistema che facilita la comunicazione di informazioni non mediche al parente. Informazioni relative a nutrizione, sonno e partecipazione ad attività sociali sono oggi derivabili in modo semi-automatizzato e possono essere comunicate in maniera facile da comprendere, trasmettendo le informazioni ad una apposita applicazione per smartphone o tablet. Anche informazioni di tipo “storico”, come ad esempio i trend dei valori di pressione nel tempo, sono accettate da staff e parenti e di interesse.

La seconda è relativa alla realizzazione di un sistema (tramite la stessa applicazione sopracitata) che consente ai parenti di comunicare ed aggiornare in modo strutturato i desiderata su abitudini e preferenze dell'ospite che lo staff può tenere in considerazione come ritiene opportuno.

La terza area di intervento che è emersa in modo molto forte è relativa al bisogno di strumenti che animino e facilitino la vita sociale, soddisfacendo in particolare il bisogno di interazione fra parenti e ospiti.

Abbiamo realizzato una serie di prototipi che vanno incontro a questi requisiti e che hanno ricevuto feedback positivo da staff e parenti. Alcuni di questi includono sistemi “intelligenti”, quali applicazioni software che possono dialogare, grazie all'intelligenza artificiale, con ospiti e parenti (Figura 2) e, sulla base di quello che viene detto e delle informazioni che raccoglie, cerca di trovare punti di contatto o di interesse comune con altri ospiti o parenti, per stimolare conversazioni (Figura 3).

Lightning Hits Bob Hope Plane

LATE NEWS RACING Los Angeles Times **MONDAY MID-DAY**

SNOW ON FREEWAY

White Blanket Covers Valley First Time Since 1949 Storm

News Summary

THE CITY AND THE STATE

STREETS TREACHEROUS, SLICK FROM HIGHLAND AVE. TO CHATSWORTH

FIRE RAZES

Do you remember this snowstorm?
Where were you at that time?

Figura 2 – “Smart Storygram”, un sistema basato sull’intelligenza artificiale che dialoga con ospiti e parenti e cerca di estrarre informazioni utili a creare connessioni dentro e fuori la RSA



Janie Mendoza

Attended in:
1941-1946



Frank Young

Attended in:
1943-1948



Mae Lopez

Attended in:
1944-1949

Chat

**Conversational agent +
algoritmi per “amici potenziali”**

These persons attended a primary school in Siena in the same period as you, do you know any of them?

Figura 3 – Il sistema stimola l’inizio di una conversazione evidenziando aspetti comuni fra le persone, anche sulla base degli aspetti che la ricerca ci indica come piu’ utili a questo scopo

Queste applicazioni consentono in particolare di eseguire delle sessioni strutturate di reminiscenza, dove gli ospiti

(guidati da parenti o volontari) raccontano aspetti della loro vita a partire da foto che vengono digitalizzate all'ingresso o comunque nel primo periodo di permanenza in RSA. Lo scopo della parte "intelligente" del sistema, quella che guida la conversazione, consiste non solo nel ripercorrere la vita della persona secondo quanto previsto dalle tecniche di reminiscenza, ma anche nel rendere l'interazione piacevole e interessante. Oltre ai noti benefici della reminiscenza e a costruire un archivio digitale di foto e di informazioni associate (utile ad esempio per rivivere la storia di un luogo), durante la raccolta delle informazioni lo strumento, chiamato *storygram*, cerca di individuare storie e percorsi comuni fra ospiti con lo scopo di stimolare le conversazioni (fra ospiti, per chi è in grado, ma anche tra parenti).

Nei prossimi mesi esploreremo più a lungo sul campo queste tecnologie, ed invitiamo tutte le persone interessate a collaborare perché i problemi e le opportunità sono tante e la sensazione che abbiamo è che ci sia molto lavoro da fare. Sviluppare tecnologia è facile, ma creare qualcosa che aiuti davvero e che non generi carico di lavoro aggiuntivo non è banale come chi lavora in RSA sa molto bene. D'altra parte la quasi totale mancanza di tecnologia al servizio dei bisogni emozionali della popolazione anziana è il segnale di un'area di intervento di fatto ad oggi non compresa pienamente.

Da ultimo citiamo che questo studio fa parte di una serie di studi sul benessere della popolazione anziana svolti in Italia e in vari paesi del mondo. Il lettore può consultare i risultati sul sito <http://lifeparticipation.org>.

Bibliografia

- Berkman L.F., Syme S.L. (1979), Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of alameda county residents, *American journal of Epidemiology*, 109(2), pp. 186–204.
- Bradshaw S.A., Playford E.D., Riazi A. (2012), Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies, *Age and ageing*, p. afs069.
- Bodenheimer T. (2008), Coordinating care—a perilous journey through the health care system, *New England Journal of Medicine*, vol. 358, no. 10, p. 1064.
- Friedemann M.L., Montgomery R.J., Maiburger B., Smith A.A. (1997), Family involvement in the nursing home: Family-oriented practices and staff-family relationships, *Research in Nursing & Health*, 20(6), pp. 527–537.
- Gittell J.H. (2008), Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes, *Human Resource Management Journal*, vol. 18, no. 2, pp. 154–170.
- Haggerty J.L. (2003), Continuity of care: a multidisciplinary review, *Bmj*, vol. 327, no. 7425, pp. 1219–1221.
- Kripalani S. (2007), Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care, *Jama*, vol. 297, no. 8, pp. 831–841.
- Lee D.T., Woo J., Mackenzie A.E. (2002), A review of older peoples experiences with residential care placement, *Journal of advanced nursing*, 37(1), pp. 19–27.
- Wagner E. H. (2000), The role of patient care teams in chronic disease management, *BMJ*, vol. 320, no. 7234, p. 569.
- Weinberg D.B. (2007), Coordination between formal providers and informal caregivers, *HCMR*, vol. 32, no. 2, pp. 140–149.

Le RSA – Prima parte: il personale

In questo primo “Percorso” attraverso gli articoli pubblicati su “I luoghi della cura”, Gianbattista Guerrini propone una lettura ragionata su un tema importante nell’assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti: il personale delle RSA.

di [Gianbattista Guerrini](#) (Fondazione Brescia Solidale Onlus)

Negli ultimi 5 anni di pubblicazione della rivista cartacea *I luoghi della cura* – tra il 2012 ed il 2015 – le problematiche delle RSA trovano un ampio spazio di approfondimento e di discussione. La cosa non sorprende: non solo per la scelta di fondo della rivista di rappresentare “un forum aperto alla ricchezza del dibattito in corso tra gli operatori” dei servizi in tutti i luoghi e i percorsi della cura – e per la larga preponderanza nel nostro Paese dei servizi residenziali su quelli domiciliari; ma anche, data la forte appartenenza lombarda della redazione della rivista, per il ruolo storicamente esercitato nella promozione in Lombardia della cultura e della pratica geriatrica dagli operatori della rete, capillare e consolidata, di servizi residenziali per gli anziani.

I contributi riferiti alle RSA possono essere raggruppati in tre filoni, che saranno trattati in questo e nei prossimi numeri rivista: le problematiche del personale (n. 1/2018); i modelli – organizzativi, operativi, ma anche culturali ed epistemologici – di approccio e di cura (n. 2/2018); la collocazione della RSA nella rete dei servizi e le sue prospettive in un contesto in progressiva evoluzione (n. 3/2018).

Il personale

Le riflessioni sul ruolo e i compiti degli operatori rappresentano la quota predominante dei contributi, ospitati dalla rivista, dedicati alle RSA: segno, a mio avviso, dell’impegno e della passione che continuano a permeare queste strutture, nonostante o forse proprio a ragione delle molteplici difficoltà che sono chiamate ad affrontare.

Due numeri della rivista, il quarto del 2012 ed il primo del 2013, passano in rassegna le molteplici figure professionali che operano nelle RSA. L’editoriale di Marco Trabucchi – [“Le professioni di cura per l’anziano: un processo in evoluzione”](#) – propone alle istituzioni formative, l’università in primo luogo, i contenuti imprescindibili della formazione di operatori destinati alla cura ed all’assistenza dell’anziano fragile: la capacità di “ragionare in termini di complessità”, di riconoscere l’influenza continua dell’ambiente “sulla stessa struttura biologica e sulla clinica”; la tensione ad una forte integrazione dei servizi, il coinvolgimento del territorio nel percorso di insegnamento; l’orientamento alla ricerca, capace di coinvolgere tutte le professioni di aiuto, in grado al tempo stesso di “produrre ricadute sulla qualità delle cure” e di “rappresentare una scuola per gli operatori stessi”. “Nei prossimi anni – conclude l’editoriale – su questi temi si giocherà la struttura dell’insegnamento in ambito sanitario; la geriatria potrebbe avere un ruolo centrale perchè possiede strutturalmente una cultura della complessità, che significa multidimensionalità, sintesi tra medicina basata sull’evidenza e medicina narrativa, attenzione all’imprevedibile, valorizzazione dei piccoli guadagni, centralità dell’autonomia e della qualità della vita dell’anziano”.

I contributi che si soffermano sul ruolo delle singole professionalità sono fortemente in linea con le premesse dell’editoriale. Così il contributo su [“Il fisioterapista e il paziente anziano”](#), di Paolo Pillastrini e Matteo Paci, sottolinea le

specificità del lavoro di questa figura professionale con il paziente geriatrico: la globalità di un approccio che è fatto contemporaneamente di “interventi di prevenzione, cura e riabilitazione”, l’approccio funzionale centrato sulle “attività semplici” della vita quotidiana, il ruolo educativo nei confronti dei caregiver formali ed informali, la capacità di trasmettere loro “informazioni su un corretto posizionamento, sull’igiene posturale, su spostamenti e trasferimenti, su strategie per l’incremento dell’autonomia, ... su eventuali modifiche ambientali ... e sull’utilizzo di adeguati ausili per la mobilità”.

Nel delineare il ruolo de [“Il medico geriatra”](#) Alberto Cester richiama la necessità per chi si occupa dei più fragili di sapere “ancora emozionarsi”, di “saper combattere tutti i giorni per i piccoli guadagni dei pazienti, per le stabilizzazioni senza guarigioni, per le sconfitte che segnano, ma insegnano, per le difficoltà di relazione e comprensione”. E sottolinea “l’orgoglio” del medico che, chiamato a trattare “un malato difficile”, deve affinare le proprie competenze diagnostiche nella “valutazione delle sfumature dei sintomi” in un malato “spesso paucisintomatico” e nel “riconoscimento della cascata degli eventi”; deve saper “soppesare l’uso dei farmaci e conoscerne sapientemente effetti collaterali e interazioni”; deve “avere manualità, saper toccare, esplorare”; deve “sapere di attività e cure nel territorio, di servizi sociali”; deve in particolare “avere dimestichezza con il lavoro di gruppo, saper partecipare al team di cura senza volontà di sudditanza di altre figure”.

Dalla necessità di recuperare “in tempi rapidissimi”, nella “formazione di base e complementare dell’infermiere ... il ritardo con cui nel nostro paese stiamo affrontando i problemi connessi al fenomeno dell’aumento della speranza di vita” prende le mosse il contributo di Ermellina Zanetti e di Nicoletta Nicoletti su [“Infermieri: scenari \(futuri\) di cambiamento”](#). L’articolo individua nel potenziamento delle competenze della professione infermieristica il presupposto per una riorganizzazione delle cure primarie capace di passare da una medicina d’attesa ad una medicina di iniziativa: ma il cambiamento che le autrici auspicano non risiede nell’ereditare competenze attualmente dei medici, bensì nel valorizzare le specifiche competenze assistenziali degli infermieri, la loro capacità di valutare i bisogni e i rischi della persona fragile, affetta da patologie croniche, di garantirne la presa in carico, di assicurarle la necessaria “continuità delle cure e dell’assistenza”; e nel promuovere una nuova cultura organizzativa che sappia individuare “indicatori di risultato attribuibili all’assistenza infermieristica”, che “privilegi i risultati rispetto ai processi e che valorizzi le abilità e le competenze di tutti i professionisti”.

Alla figura dell’educatore professionale sono dedicati due contributi: di Davide Ceron, Paola Nicoletta Scarpa e Martina Vitillo ([“L’educatore professionale nel lavoro di cura con gli anziani”](#)) e di Sergio Tramma ([“Educatori professionali: quale formazione per quali competenze?”](#)). Il primo sottolinea come gli interventi di questo operatore nelle RSA – fin dal momento dell’accoglienza e dell’inserimento dell’anziano nella struttura – debbano essere finalizzati non solo al mantenimento e al “potenziamento, quando possibile, delle capacità, anche se residue”, ma soprattutto ad aiutare l’anziano a “dare un senso ... alla propria giornata e al tempo”, a favorirne la partecipazione ad una vita attiva, ad accrescerne l’autostima ed il protagonismo: grazie ad una “reazione educativa ... voluta, cercata, mirata, non casuale, passeggera” ed alla collaborazione con gli altri professionisti. Anche Tramma sottolinea “la necessità di individuare e costruire alleanze e integrazioni tra i differenti approcci disciplinari e le diverse figure professionali” e di finalizzare gli interventi alla stabilizzazione o al recupero dell’autonomia “intesa come capacità di decidere ed agire all’interno dei vincoli di un contesto e di una storia, non intesa solo, quindi, come autosufficienza rispetto ai compiti quotidiani. Proprio “la collocazione del lavoro educativo nell’orizzonte dell’autonomia” supera una visione riduttiva dell’educatore professionale, spesso “inteso come una sorta di agente anestetizzante impegnato in piccole attività di intrattenimento”. Al contrario l’educatore professionale deve innanzitutto possedere una “meta-competenza squisitamente pedagogica” quale “capacità di promuovere interventi educativi intenzionali con sufficienti dosi di consapevolezza” e “capacità di

analizzare l'organizzazione in quanto luogo educativo informale ... in grado comunque di costruire/decostruire importanti saperi". Una "meta-competenza progettuale e analitica" cui si affiancano "competenze in grado di dare luogo ad attività modularmente collegabili di tipo ricreativo, motorio, culturali, socializzanti, finalizzate a stimolare/preservare potenzialità motorie, intellettive, relazionali". Di fronte alla complessità ed all'incertezza del lavoro educativo con gli anziani non è tanto rilevante, per l'autore, la scelta tra i diversi percorsi formativi collocati rispettivamente nelle facoltà-dipartimenti di medicina o nelle facoltà-dipartimenti di scienze dell'educazione quanto la necessità di "ricomporre in un unico percorso la formazione di soggetti che hanno a che fare con la complessità dell'esistenza e non con le sue riduzioni disciplinari e accademiche".

Ad un'analogia esigenza, quella di rispondere come équipe alla globalità dei bisogni della persona anziana, risponde la presenza dello psicologo nelle RSA. Giorgia Monetti e Marta Zerbini (["Il ruolo dello psicologo nel processo di cura degli anziani accolti in struttura"](#)) ne delineano la molteplicità delle aree di operatività. L'intervento diretto sulla persona, che deve "tenere conto sia della sfera cognitiva che della sfera emotivo-affettiva", è centrata su "ciò che la persona è ancora in grado di fare, piuttosto che enfatizzare i deficit" con l'obiettivo di stimolare nell'anziano la motivazione e la consapevolezza di sé aiutandolo a costruire il proprio "progetto di vita". L'efficacia di tale intervento non può prescindere dalla condivisione di tale modello d'approccio con tutto il gruppo di lavoro e dalla gestione, fin dall'ingresso in struttura, del "sistema anziano-famiglia" e delle relazioni dei familiari, e dal dialogo della famiglia con il gruppo di lavoro. La presenza dello psicologo nell'équipe si concretizza in due aree di intervento: l'affiancamento e la supervisione agli operatori nella conoscenza della persona e nella gestione dei suoi comportamenti "difficili" ed il sostegno al personale assistenziale della struttura "nel contenere situazioni di ansia e stress e prevenire il burn-out del personale attraverso azioni di supervisione". Una complessità di ruoli che richiede senz'altro una presenza di questa figura professionale ben più consolidata di quella attuale, limitata alle residenze ed alle "zone più virtuose" ma non ancora prevista né dalla legislazione nazionale né da molte normative regionali.

Numerosi contributi, sia nei due numeri specificamente dedicati al personale delle RSA che in altri fascicoli della rivista, prendono in esame il ruolo e le problematiche degli operatori socio-sanitari, sottolineando le complessità e le difficoltà del lavoro di cura loro affidato e la conseguente necessità di un continuo sostegno formativo (esigenza purtroppo in contrasto con la non rara precarietà delle loro condizioni lavorative). Così l'articolo di Grazia Colombo – ["Gli operatori socio-sanitari di fronte alle cure di fine vita"](#) – rileva, da un'esperienza di formazione-azione, la "solitudine" degli operatori nell'incontro "con la morte delle persone da loro curate", lo stress, la paura, l'ansia suscitati "dalla morte di una persona che, pur non facendo parte del proprio mondo intimo-personale, tuttavia non è estranea", il "vuoto di elaborazione socio-culturale rispetto alla morte extra-familiare" ed il "vuoto di ritualità e di partecipazione che rende difficoltoso fornire di senso i gesti e le emozioni": ma anche la possibilità – grazie ad uno specifico momento di formazione, appunto – di compiere insieme un percorso di consapevolezza e di accettazione della morte ("aprire le porte alla morte, cercando l'essenza") che si traduce in proposte praticabili, sia "di tipo operativo-relazionale, da mettere in atto da parte degli operatori" stessi, che di tipo organizzativo-strutturale, da consegnare alla Direzione.

Una riflessione di particolare interesse sulla difficoltà del lavoro di cura – e non solo degli OSS – nelle RSA ci è offerta da Achille Orsenigo (["Fatiche e sofferenze nei luoghi di cura per anziani affetti da patologie croniche"](#)): "lavorare, prendersi carico, spostare persone e oggetti, stare vicini, identificarsi, aspettare, costruire, aver cura, cercare d'andar d'accordo, gestire conflitti, sono tutte operazioni che comportano fatiche, stress e a volte anche sofferenze". "Curare una malattia – scrive l'autore – comporta ... misurarsi con il potere di guarire, ma anche, molto spesso, con il non riuscire". Se fatiche, stress e sofferenze sono "dimensioni iscritte in qualsiasi lavoro", ciò è senz'altro più vero in servizi "caratterizzati da continuità ed esclusività del contatto con la cronicità e con soggetti giunti al termine della vita". E'

essenziale pertanto evitare che le fatiche, fisiche e psichiche, diventino sofferenze. Anzitutto ridando un senso alle fatiche richieste dal lavoro con anziani affetti da patologie croniche: “curare anziani e per di più cronici mette ... duramente e a volte drammaticamente di fronte a limiti radicali e in una posizione di scarso riconoscimento professionale. Se non si è in grado di riformulare il senso della cura, in termini del prendersi cura, dell'accompagnare, invece che del guarire, le fatiche diventano sofferenze”. L'arduo percorso per contenere la sofferenza passa attraverso l'accettazione della fatica, evitando obiettivi irrealistici e valorizzando e rendendo visibili “i risultati del proprio lavoro, delle proprie e altrui fatiche”, coltivando “le dimensioni di soddisfazione, di passione per il lavoro”. Si deve valorizzare la capacità dell'équipe “di rendere sostenibile la malattia e la dipendenza agli anziani che ci sono affidati” o di “accompagnare un anziano alla morte, dopo un lungo periodo di malattia” mettendo in luce “come le fatiche anche dure, possano essere la premessa per realizzare un buon servizio per i propri pazienti”.

Alla “fatica” degli operatori fa riferimento anche Giovanna Perucci ([*“Il tuo corpo è il tuo maestro”. Il corpo degli operatori nel lavoro di cura*](#)): che è certo “fatica emotiva di chi si confronta con il dolore dell'altro” ma anche “il peso che comporta l'entrare anche fisicamente, ‘corpo a corpo’, in rapporto con il corpo sofferente del paziente”. Il lavoro di cura mette in gioco il corpo dell'operatore “tanto da farne uno degli strumenti professionali”: la mano, la pelle, il contatto fisico, “ma anche l'orecchio sensibile che sa ascoltare e l'occhio osservatore che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto”. Ma l'orecchio trasmette anche lamenti sgradevoli, l'occhio deve indugiare sui segni del degrado fisico, l'olfatto è sovrastato dai cattivi odori: e se non riesce a stabilire la giusta distanza, ad evitare un coinvolgimento eccessivo, l'operatore rischia un sovraccarico emotivo da cui possono scaturire “forme di somatizzazione” o “reazioni di difesa ... quali paura di agire, indifferenza, atteggiamenti disinteressati, linguaggi particolarmente volgari, comportamenti aggressivi, frustrazioni che – non potendo rivolgersi verso la causa d'origine – si trasferiscono contro noi stessi producendo fenomeni di autosvalutazione”. Che fare allora? Giovanna Perucci suggerisce di individuare “uno spazio, mentale, relazionale ed organizzativo, dove ricaricarsi, condividere esperienze, riflettere e cercare soluzioni insieme ai colleghi” (la riunione di équipe, la formazione); ma sottolinea come questo spazio abbia bisogno “anche di un luogo fisico: e ci invita a guardare ai momenti di ‘pausa’ in questo luogo (“la ‘guardiola’, la cucina o altri ambienti di servizio”) come ad un'opportunità per gli operatori per prendersi concretamente cura del proprio corpo, “sapendo salvaguardare, nell'arco della giornata, uno spazio-tempo per sè” (suggerendoci implicitamente percorsi di *‘welfare aziendale’* capaci di prendersi carico del corpo dei lavoratori, oltre che del loro disagio emotivo).

L'analisi sintetica dei contributi dedicati da “I luoghi della cura” al personale che opera all'interno delle RSA non può concludersi senza segnalare la riflessione di Adriano Benzoni e Valter Tarchini su [*“Il coordinamento nei Servizi residenziali per gli anziani”*](#), frutto di un lavoro di ricerca e formazione che ha coinvolto, sotto la guida dello Studio APS, coordinatori e responsabili di alcune residenze del milanese. L'articolo parte dal riconoscimento della peculiarità delle residenze per anziani, servizi “chiamati a coniugare nella quotidianità dimensioni di soggettività con dimensioni di comunità”, a farsi carico della “gestione delle problematiche di salute” e contemporaneamente a garantire continuità, “per ognuna delle persone ospiti, a forme di relazione con la propria storia, con il proprio patrimonio di esperienze e di identità”. Questa complessità postula per gli autori, come primo obiettivo, “la costruzione dell'oggetto di lavoro del servizio”: è essenziale cioè definire “i riferimenti che si devono tenere nella relazione con gli ospiti e con le loro famiglie, i valori e le ipotesi scientifiche che lo orientano, ma anche come questo lavoro si traduce in modalità e qualità dei processi di lavoro”. Senza una sufficiente definizione dell'oggetto di lavoro “ogni professione segue i propri codici e i propri riferimenti con il determinarsi di una logica di lavoro più ‘istituzionalizzante’ e ‘meccanicistica’ ancorata al rispetto del proprio mansionario”: con una conseguente riduzione degli ospiti a mero oggetto degli interventi ed un aumento delle “microconflittualità tra operatori, con gli ospiti e con le famiglie”. Alla complessità dei ‘contenuti’ del servizio corrisponde la grande variabilità dei modelli di coordinamento in atto (di struttura, reparto, nucleo; con la presenza o

meno di figure di supporto/ referenza; ...), delle figure professionali impiegate, delle funzioni richieste, dei contesti organizzativi. Due sono i compiti che gli autori considerano comuni a tutte le figure di coordinamento: garantire il funzionamento di tutti i servizi di supporto capaci di garantire l'operatività quotidiana ("il contesto generale del lavoro") e sostenere il lavoro degli operatori. Quest'ultimo compito – il sostegno ed il controllo del lavoro degli operatori – può, a sua volta, esprimersi attraverso diverse modalità, la cui scelta / prevalenza potrà dipendere dai diversi modelli organizzativi: la supervisione diretta del personale e del loro quotidiano operare; la definizione, possibilmente condivisa con gli operatori stessi, di procedure legate al lavoro specifico della singola realtà ed alla tipologia degli ospiti; la "condivisione di 'criteri' e 'riferimenti' tecnici e culturali che possono sostenere comportamenti più orientati, responsabili e professionali da parte dei collaboratori", ne stimolino "un maggiore investimento cognitivo ed emotivo" e ne favoriscano "la fiducia e l'autocontrollo" ("controllo e sostegno attraverso le premesse"). Fondamentale resta comunque la capacità del coordinatore di presidiare la rappresentazione da parte di tutte le figure professionali dell'oggetto di lavoro e la condivisione degli obiettivi e del senso dei propri interventi, orientandoli al processo di cura ed evitando "una loro riduzione all'elenco delle prestazioni".

I LUOGHI DELLA CURA *online*

La rivista del **Network Non Autosufficienza (NNA)**

Giugno 2018 - Numero 1/2018

www.luoghicura.it

Progetto promosso da:



Progetto realizzato dal
Network Non Autosufficienza (NNA)

Con il patrocinio di:

