

I luoghi della cura

1

***Gli anziani aumentano, ma non esiste
più la "terza età": deve esistere
ancora il "pensionato"?***

***Il buono socio sanitario.
Anziani non autosufficienti:
il monitoraggio del "buono" in Lombardia***

***Tramonto o crisi di crescita delle RSA
di grandi dimensioni?***

Musicoterapia e Alzheimer



CIC Edizioni Internazionali

SOMMARIO

Direzione scientifica

Antonio Guaita, Ermellina Zanetti

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

Area pubblicitàPatrizia Arcangioli, responsabile (Roma)
arcangioli@gruppocic.it

Carla Sgarbi (Roma)

sgarbi@gruppocic.it

Area marketing & sviluppo

Marta Castellani (Roma)

castellani@gruppocic.it

Antonietta Garzonio

garzonio@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

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

E-mail: info@gruppocic.it

Sito web: www.gruppocic.com

Ufficio di Milano:

V.le Caldara, 35/a - 20122 Milano

Tel. 02.55187057 - Fax 02.55187061

Quadrimestrale

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

Fototito e fotocomposizione:

Punto Grafico s.r.l. Immagine e colore

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

Stampa: Casa di Edizioni Tipografiche Artemisia

Guidonia (Roma)

Abbonamento annuo Italia € 10,00 (una copia € 2,50)-

Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è

assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma,

lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene

anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti

predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di gennaio 2004

In relazione a quanto disposto dall'art. 10 della L. n. 675/1996,

assicuriamo che i dati (nome, cognome, titolo di studio, attività

svolta e indirizzo), presenti nel nostro archivio informatico, verranno

utilizzati esclusivamente da noi per l'invio di lettere commerciali

e avvisi promozionali inerenti al rapporto tra editore-abbonato.

Ai sensi dell'art. 13 della L. n. 675/1996, l'abbonato ha il diritto di

chiedere in qualsiasi momento con comunicazione scritta alla

sede legale della Società Editrice (posta, fax, e-mail), per motivi

legittimi, l'accesso, la cancellazione, la modifica o l'aggiornamento

dei suoi dati personali.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza

degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata

all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

© Copyright 2004



CIC Edizioni Internazionali

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PUBBLICITÀ SPECIALIZZATA



CONFEDISTRIA

EDITORIALE

Antonio Guaita, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

Il buono socio-sanitario. Anziani non autosufficienti:

il monitoraggio del "buono" in Lombardia

Marco Trabucchi, 9

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tramonto o crisi di crescita delle RSA di grandi dimensioni?

Considerazioni in margine ad una ricerca nella Provincia di Milano

Carla Facchini, Antonio Guaita, 11

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

Gli strumenti del fisioterapista per la valutazione dell'impatto ambientale della demenza

Paola Gioia, Federica Melles, Silvia Mostioli, Mariangela Vendramin,

Lorenzo Lui, 16

Musicoterapia e malattia di Alzheimer

Daniele Villani, 20

SPUNTI DI DIBATTITO

L'operatore socio-sanitario nelle RSA

Gianbattista Guerrini, Monica Capra, Anna Rosa Peroni, Francesca

Pasotti, 24

L'operatore socio-sanitario nelle RSA: una risorsa per l'assistenza agli anziani?

Ermellina Zanetti, 27

MATERIALI DI LAVORO

Considerazioni su efficacia ed accettabilità di un dispositivo

esterno per la prevenzione delle fratture dell'anca nell'anziano

Giovanni Bigatello, 31

ESPERIENZE

Le attività della vita quotidiana: da semplice assistenza a occasioni di promozione del benessere

Gianna Carella, 34

LETTERATURA E RECENSIONI

L'ipodermoclisi

Renzo Bagarolo, 37

LIBRI

Presente e futuro delle RSA in Lombardia

Silvano Cori, 39

EUROPA E ANZIANI

Servizi Sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale

Elena Lucchi, 41

Direzione scientifica

Antonio Guaita

Ermellina Zanetti

Comitato Editoriale

Renzo Bagarolo

Antonino Frustaglia

Giovanni Bigatello

Cristiano Gori

Stefano Boffelli

Gianni Guerrini

Renato Bottura

Raffaele Latella

Gianna Carella

Luisa Lomazzi

Antonietta Carusone

Renzo Rozzini

Francesca Castelletti

Marco Trabucchi

Mauro Colombo

Daniele Villani

Carla Facchini

Norme editoriali

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

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

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



C.E. Coffey, J.L. Cummings (Eds.)
M.R. Lovell, G.D. Pearlson (Co-Editors)

Manuale di NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA

II Edizione

Presentazione di M. Trabucchi

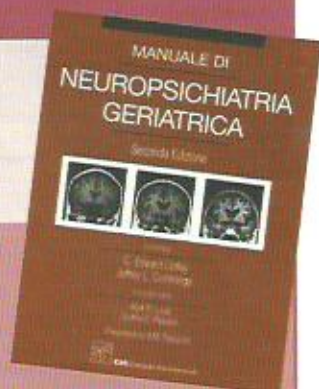
Volume cartonato di 1060 pagine

f.to cm 22x27,5 - € 92,96

Il primo argomento che il lettore impara da questo nuovo testo è che cos'è la neuropsichiatria geriatrica, la scienza della persona anziana che più di altre ne sa cogliere i multiformi aspetti, sempre però conservandone un'immagine unitaria. Fino a qualche anno fa si metteva in discussione la possibilità di disporre di un corpus autonomo di conoscenze sulla clinica del cervello che invecchia. Si dava quindi poca attenzione all'originalità dei meccanismi fisiopatologici e della presentazione clinica delle malattie, per offrire un'interpretazione solo in negativo dei singoli eventi. Se mai vi fossero ancora dei dubbi sulla possibilità concreta di costruire un corpus armonico delle conoscenze nel campo, questo libro è la risposta più forte e culturalmente avanzata.

La traduzione italiana è stata quindi un'opera meritoria, perché mette a disposizione dei nostri medici un materiale di lavoro che già soltanto dall'indice costituisce un punto di riferimento altamente significativo.

(Dalla prefazione)



CIC Edizioni Internazionali

Gli anziani aumentano, ma non esiste più la "terza età": deve esistere ancora il "pensionato"?

Il pensionamento è oggi all'attenzione di molte istituzioni, e in particolare lo è l'età di pensionamento. Semplificando, il ragionamento che viene fatto è: poiché viviamo più a lungo e meglio, dobbiamo anche allungare l'età lavorativa e andare in pensione più tardi. Il vero obiettivo, per altro dichiarato, non è il benessere del cittadino adulto e anziano, ma contenere il costo eccessivo delle pensioni dovuto all'invecchiamento della popolazione italiana e occidentale in genere. Questo merita però anche alcune considerazioni dal punto di vista gerontologico e geriatrico, che ci aiutino ad inquadrare la discussione nel più ampio e utile quadro della vecchiaia di oggi e di domani, per come la possiamo conoscere, e della qualità di vita che ci aspetta.

Intanto, vi è da sottolineare che identificare i problemi del pensionamento con quelli della vecchiaia è stato a lungo ed è tutt'oggi un errore, vista l'età media di pensionamento attorno ai 60 anni. In realtà quello che colpisce dell'attuale macro-organizzazione sociale è la non corrispondenza fra cicli vitali, per cui la scansione del ciclo biologico, sociale, lavorativo e culturale non avviene secondo gli stessi tempi. Infatti, smettiamo di lavorare ad una età in cui non siamo ancora vecchi, ma la proposta sociale da quel momento si rivolge a noi in termini senili (al massimo di "tempo libero", quando non di tempo vuoto). Oppure la dinamica familiare, che si sta modificando, costringe a vivere una "sandwich generation" schiacciata fra figli che non acquistano autonomia e genitori sempre più dipendenti. Davvero la soluzione a tutto questo è postporre l'età di pensionamento? O non è il concetto stesso di pensionamento che va in crisi di fronte ai mutamenti della nostra epoca?

Il "pensionamento" è solo una delle modalità con cui si garantisce un reddito indipendente dall'attività lavorativa, con sue precise caratteristiche; in particolare, è una modalità che stabilisce in modo netto un prima e un dopo, una specie di legge del tutto o del nulla rispetto al lavoro retribuito. È in piena armonia con il modello complessivo della rivoluzione industriale del secolo scorso e della divisione del tempo di vita da cui nasce la "terza età": una prima età in cui si impara, una seconda in cui si lavora, una terza in cui si riposa (ed ora una quarta in cui ci si cura). Nella società attuale, delle tecnologie biologiche e dell'informazione, non è in crisi il pensionamento, è in crisi tutto questo modello. La maggior parte delle nozioni imparate nel giro di pochi anni (alle volte di pochi mesi!) non è più valida o comunque da aggiornare: si può identificare l'apprendimento con la "prima età"? Il riposo in realtà è un tempo necessario sia alla prima sia alla seconda età; anzi, il dibattito sindacale sul lavoro oggi è molto più sul tempo di lavoro (a partire dalle battaglie d'inizio secolo sulle 8 ore, alle 35 ore settimanali della Francia) che non sul solo salario. Della impossibilità di identificare pensionamento, vecchiaia e riposo abbiamo già detto (passare 20 anni davanti alla televisione?)

È questa la nostra proposta sociale? In realtà quindi, e sempre di più, lavoro, apprendimento e tempo libero sono contemporaneamente presenti nella vita di tutti, ma con differenti livelli di importanza in ogni età e fanno parte della soddisfazione di vita, e quindi della salute. Secondo i dati di due surveys americane (the 1995 Aging, Status, and Sense of Control and the 1987-1988 National Survey of Families and Households) due aspetti soggettivi del pensionamento coesistono in modo contraddittorio nei pensionati seguiti in queste coorti: senso di liberazione dagli eccessivi impegni formali con diminuzione di ansia e di stress, ma anche minor senso di controllo e di potere, senza per altro arrivare alla depressione (Drentea P. Retirement and mental health. J Aging Health 2002;14:167-94). Riuscire ad avere il primo senza dover per forza sperimentare anche il secondo aspetto sarebbe certamente auspicabile, ma implica abbandonare l'idea di un pensionamento totale e irreversibile. Insomma, a parere dei gerontologi, è venuta l'ora di abbandonare questa figura del pensionato, vero simbolo delle inutilità della vecchiaia nella nostra epoca, per introdurre una vasta gamma di opzioni che valorizzino le scelte, le differenze, le vocazioni delle persone, senza gravare sulle casse dello Stato. Ci poniamo alcune domande: è possibile un'analisi dell'uso del tempo, del suo valore personale e sociale, per cui va previsto non solo un tempo occupato e uno "libero", ma anche un tempo "disponibile" che fa capo alla libertà di scelta della persona, ma su cui ci può essere un'opzione sociale e non solo un'opzione di consumo?

È possibile prevedere periodi di pensionamento "ad interim", ad esempio?

È possibile che si contratti un pensionamento posticipato a fronte di una piccola parte di pensione goduta prima (ad esempio un mese o due di pensione all'anno a partire dai 55 anni, e pensionamento dopo i 65 anni)?

È possibile che la cassa pensioni intervenga a finanziare orari part-time di vario altro tipo a fronte di un contratto di posticipo del pensionamento totale? Se qualche esperto del settore vorrà rispondere sulla possibilità e sulla compatibilità di queste domande, ne saremmo molto felici.

Antonio Guaita

Il buono socio-sanitario. Anziani non autosufficienti: il monitoraggio del "buono" in Lombardia

Marco Trabucchi

Presidente Società Italiana di Geriatria e Geriatria

Colgo l'occasione del volume, curato con grande attenzione da uno studioso del valore di Luigi Tesio, per affrontare il delicato problema del buono socio sanitario. Infatti il libro costituisce una base utile per chi voglia farsi un'idea del modello adottato in regione Lombardia: qualsiasi siano le conclusioni che il lettore vorrà trarre dalla lettura, non potrà non apprezzare l'accuratezza delle presentazioni, l'estensione dei dati, la qualità delle analisi e la profondità dei commenti (Tesio L. "Il buono socio-sanitario", Edizioni Guerini e Associati, Milano 2003).

Come più volte sottolineato in questa rivista, i cambiamenti demografici ed epidemiologici che hanno accompagnato il nostro tempo impongono un impegno severo di analisi e di progettazione; chiunque pensi di poter adattare con interventi cosmetici il vecchio modo di programmare i servizi sarà condannato al fallimento, sotto la pressione di un bisogno che cresce, e che assume forme sempre nuove, e della cronica ristrettezza dei finanziamenti. Basta citare alcuni dati forniti in questi giorni dal censimento del 2001, che ha confermato la rapidità e la gravità dei fenomeni: per ogni bambino fino a 6 anni ci sono 3,4 ultrasessantacinquenni; dal 1991 al 2001 il numero degli ottantacinquenni è cresciuto di 700.000 unità, fino a raggiungere 1,2 milioni. Il vecchio modello, che ha guidato la vita sociale per millenni, di Enea che fugge da Troia con Anchise sulle spalle e Ascanio per mano non regge più. Oggi troppi Anchise dovremmo avere sulle spalle e troppi pochi Ascanio ci accompagnano: la continuità tra memoria, coscienza e progetto, cioè tra passato, presente e futuro si è rotta. Guai a non comprenderne il significato epocale, ma guai anche a chi si lascia

dominare dallo scoramento e dal pessimismo. La nostra società ha bisogno di chi con coraggio – e talvolta anche rischiando critiche ed incomprensioni – progetta un futuro nuovo ed indica linee di crescita per i servizi; gli studiosi e gli operatori non possono sottrarsi a questo dovere! Tanto più in uno scenario come quello italiano che non ha visto il coraggio collettivo di affrontare il problema dei finanziamenti, come è avvenuto in USA (si veda il recente provvedimento del Senato americano, che ha ampliato i compiti ed i finanziamenti del sistema di Medicare) ed anche in Francia dove, sotto la pressione della crisi del caldo della scorsa estate, è stato deciso di finanziare in modo più largo il sistema socio-assistenziale, attraverso una giornata di lavoro dedicato a questo scopo.

Le proposte che presentino un elevato grado di capacità di rispondere ai bisogni reali hanno anche la funzione importantissima di stimolare la generosità sociale, frustrata da servizi che sembrano allo stesso tempo costosi e poco efficaci. Non dobbiamo infatti trascurare – come studiosi ed operatori dei servizi alla persona – la crisi del "capitale sociale" che sta avvenendo anche in Italia. Molti segnali suggeriscono una perdita sempre più netta della disponibilità collettiva al sacrificio in favore dei più fragili: prima di complesse interpretazioni sociologiche, non è forse il caso di ricercare almeno una parte della responsabilità nell'immagine che noi diamo dei servizi dei quali siamo responsabili e quindi anche dell'utilizzo dei finanziamenti che ci sono affidati?

Il volume – che presenta i risultati di uno studio condotto con rigore metodologico, utilizzando strumenti di misura validati a livello internazionale – contribuisce

a diffondere il modello lombardo dei buoni, dimostrandone il valore sia sul versante dell'efficacia, perché fornisce risposte personalizzate al bisogno adatte allo specifico utente, sia su quello delle compatibilità economiche, sia su quello di stimolare vari attori ad erogare servizi in condizioni di competizione (e quindi nella prospettiva, almeno teorica, di un miglioramento continuo della qualità). Nell'introduzione al volume Giorgio Vittadini, presidente del CRISP, il centro di ricerca che ha condotto lo studio, spiega il significato "politico" dei buoni, affermando tra l'altro: "Nessun sistema politico di welfare può sostituirsi completamente alla riconoscenza, all'amore e alla solidarietà nella famiglia: non dal punto di vista umano, è ovvio, ma nemmeno dal punto di vista organizzativo ed economico. Tra l'anziano non autosufficiente che viene accudito senza problemi in famiglia e l'anziano cui non resta altra soluzione che il ricovero in istituto (sia benvenuto un welfare che ci dà buoni istituti), esiste l'anziano cui serve un sostegno che gli permetta di restare nel suo nucleo familiare, o almeno nel suo domicilio. Tuttavia, occorre sostenere il nucleo familiare nel suo complesso e non l'anziano soltanto: infatti, a parità di autosufficienza, il contesto familiare e abitativo fa spesso la differenza fra permanenza a casa e ricovero". Nei prossimi mesi potremo meglio valutare i risulta-

ti dell'adozione del buono su vasta scala, alla ricerca di conferme di quanto sostenuto nello studio presentato nel volume: è un'occasione che gli esperti non possono perdere quella di aprire un dibattito serio ed approfondito su questo tema, prima di estendere il modello anche ad altre forme di servizi alla persona. Guai se non sapessimo cogliere la pressione dei tempi e la gravità dei problemi, ragionando solo in termini ideologici o di appartenenza politica; la domanda di assistenza che proviene da una società ricca, ma carica di contraddizioni e di sofferenze, è drammatica.

Recentemente, Robert Kane, lo studioso più moderno a livello mondiale dei servizi per gli anziani, ha affermato che la discrepanza tra le nostre speranze di offrire servizi adeguati ai vecchi fragili e quello che realmente riusciamo a fare è sempre più ampia in tutti i Paesi avanzati. Cogliamo quindi l'occasione di questo importante studio per approfondire la tematica dei buoni, con serietà e responsabilità; io personalmente ritengo doveroso impegnare in questo dibattito la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

BIBLIOGRAFIA

Tesio L., "Il buono socio sanitario", Edizioni Guerini e Associati, Milano 2003.

Tramonto o crisi di crescita delle RSA di grandi dimensioni? Considerazioni in margine ad una ricerca nella Provincia di Milano

Carla Facchini, Antonio Guaita*

Facoltà di Sociologia Università di Milano Bicocca

* Fondazione "Cenro Galligani", Istituto Geriatrico "C. Galgi", Abbiategrasso

LA SITUAZIONE

Quasi metà delle RSA italiane è ubicata in Lombardia e quasi 20.000 dei 50.000 posti-letto presenti in questa Regione sono situati in strutture di dimensioni uguali o superiori ai 120 posti-letto (indicati come "ottimali" dai piani nazionali e regionali).

Quale ruolo svolgono queste grandi strutture? Quali sono le loro caratteristiche attuali e le loro prospettive? Alcune indicazioni possono essere suggerite dai dati di una recente ricerca condotta per la Provincia di Milano sulle RSA presenti nel territorio (Facchini, 2003). In questa provincia vi sono circa 100 strutture nelle quali sono ricoverati poco più di 11.000 anziani (pari all'1,7% della popolazione ultrasessantacinquen-

ne residente); le realtà molto grandi, con oltre 300 posti-letto, sono solo 7, ma ricoverano quasi 2.900 anziani, pari ad oltre un quarto del totale.

Esistono consistenti differenze a seconda del tipo di gestione: le strutture superiori ai 120 posti-letto sono il 43% delle strutture pubbliche ed il 27,5% di quelle private. In particolare, si nota (Tab.1) che gli enti religiosi sono tendenzialmente di piccole o medie dimensioni (il 47,4% ha meno di 60 posti, il 42,1% tra 60 e 120), mentre le strutture gestite da IPAB, da comuni o da fondazioni sono di dimensioni consistenti (ha almeno 120 posti rispettivamente il 33%, il 37,5% e il 50,0%). Le strutture gestite da cooperative o da società commerciali appartengono, nella stragrande maggioranza dei casi, alla tipologia intermedia.

Tabella 1 Posti-letto autorizzati a seconda della natura giuridica della struttura

Numero letti	IPAB	Ente religioso	Fondazione	Comune	Cooperativa	Società commerciale	Totale
< 60	27,8%	47,4%	16,7%	12,5%			24,7%
60-119	33,3%	44,1%	50,0%	37,5%	50,0%	75,0%	42,0%
120-249	16,7%	10,5%	16,7%	50,0%	50,0%	12,5%	21,7%
250 e +	22,2%		16,7%			12,5%	11,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¹ L'indagine, condotta nel 2001 e 2002, fa parte di una ricerca più complessiva sui servizi domiciliari e residenziali rivolti alla popolazione anziana nella Provincia di Milano; cfr. C.Facchini, Anziani e rete dei servizi. La residenzialità. Provincia di Milano, 2003.

² Pari all' 1,7% della popolazione ultrasessantacinquenne residente.

Quasi tutte le strutture più grandi sono pubbliche, per lo più IPAB; tali strutture, testimoni di un passato di solidarietà civile e di impegno verso i più deboli, vivono oggi sia una crisi di identità e di appartenenza da parte dei loro operatori, sia difficoltà economiche.

Attraverso l'esame di un campione significativo, come le RSA della Provincia di Milano, si possono confrontare alcuni parametri di funzionamento fra le grandi (maggiori di 120 posti-letto) e le piccole strutture.

Diversi gli elementi che si possono considerare:

- Le condizioni di dipendenza dei ricoverati.
- La presenza di personale qualificato.
- L'importo delle rette e il ruolo del sostegno pubblico.
- La situazione del personale.
- Il turn-over dei ricoverati.
- Le dimensioni delle liste di attesa.

Livelli di autosufficienza degli ospiti e presenza di personale sanitario e assistenziale

Le strutture maggiori hanno un'utenza caratterizzata da maggiore disabilità: i non autosufficienti totali passano infatti dal 54,4% delle strutture più piccole, al 65,4% di quelle intermedie, all'85% circa di quelle di maggiori dimensioni.

Tabella 2 Percentuale media di non autosufficienti totali (NAT) e di non autosufficienti parziali (NAP) a seconda delle dimensioni della struttura

Numero letti	NAT	NAP
< 60	54,4	45,6
60-119	65,4	31,6
120-249	86,6	10,9
250 e +	84,6	6,8
Totale	69,2	28,0

In secondo luogo si rileva che le strutture di ricovero più grandi investono maggiormente nel personale, sia per quanto riguarda gli ausiliari sia, soprattutto, per quanto riguarda i medici. Passando dalle strutture più piccole a quelle più grandi il personale ausiliario sale infatti da 33 a 42 ogni 100 ospiti, le ore settimanali effettuate da medici da 52 a 70 ogni 100 ospiti. Certo, la maggior presenza di medici e personale ausiliario nelle strutture più grandi è in

larga misura riconducibile alla maggior incidenza di non autosufficienti; tuttavia, si può rilevare che permangono differenze significative anche a parità di tipologie di utenti.

Per gli infermieri, al contrario, il numero diminuisce di poco nelle strutture più grandi, passando da 9,9 a 7,9 ogni 100 ospiti. Tale andamento può essere ricondotto a due fattori. Il primo è che nelle strutture più piccole, spesso gestite da enti religiosi, vi è una consistente presenza di suore infermiere che mancano invece nelle strutture più grandi: basti citare che la presenza di personale religioso addetto all'assistenza sanitaria ai ricoverati riguarda quasi il 50% delle strutture con meno di 60 posti, a fronte del 20% per le strutture intermedie e a poco più del 10% per le strutture più grandi. Il secondo elemento che spiega la non correlazione tra dimensioni della struttura e numero degli infermieri può essere determinato dal fatto che nelle strutture più piccole tali figure assolvono alcuni compiti gestionali sanitari, sopperendo alla minor presenza di personale medico.

Tabella 3 Numero di personale ausiliario, di infermieri e di ore settimanali prestate da medici ogni 100 residenti, a seconda delle dimensioni della struttura

Numero letti	ASA	Infermieri	Ore settimanali medie di medici
< 60	33,3	9,9	52,2
60-119	35,1	7,9	54,3
120-249	36,9	8,9	64,2
250 e +	42,5	7,9	70,0
Totale	35,9	8,7	57,9

La maggiore presenza nelle strutture maggiori di non autosufficienti da un lato e di personale sanitario dall'altro sembra tradursi in rette più consistenti a carico dell'anziano e dei suoi familiari.

A questo riguardo è infatti importante sottolineare che la quota che le RSA addebitano per la parte alberghiera/sociale è oggi quasi interamente pagata dalle famiglie o dagli interessati, mentre l'intervento comunale è sempre più marginale e presente quasi solo nelle RSA più grandi: tra le strutture più piccole la quota di ricoverati che non ricevono alcun sostegno pubblico supera l'80%; tra le strutture più grandi tale quota riguarda poco più della metà degli utenti.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tabella 4 Percentuale media di ospiti che pagano per intero la quota "alberghiera"

Numero letti	Privati su residenti
< 60	82,2
60-119	82,3
120-249	71,6
250 e +	51,7
Totale	75,4

IMPORTO DELLE RETTE, TURN-OVER E LISTE DI ATTESA

In effetti, se analizziamo l'importo delle rette a seconda delle dimensioni delle strutture e del tipo di gestione, risulta che esso dipende molto dal tipo di gestione – sistematicamente le strutture private sono più costose di quelle pubbliche –, ma anche dalle loro dimensioni. Più correttamente, la differenza a seconda delle dimensioni della struttura è relativamente contenuta nelle strutture pubbliche, decisamente consistente in quelle private (nelle prime le strutture più grandi hanno un costo medio maggiore del 20%, nelle seconde il costo praticamente raddoppia).

Tabella 5 Importi "medi" delle rette per "Non autosufficienti totali" e per "Non autosufficienti parziali" a seconda della gestione e del numero dei posti-letto (euro)

Numero letti	Gestione	Retta NAT	Rette NAP
< 60	pubblica	42,44	29,15
	privata	45,68	39,43
	Totale	43,93	37,37
60-119	pubblica	38,70	34,95
	privata	57,01	60,60
	Totale	52,98	48,43
120-249	pubblica	48,23	32,81
	privata	59,75	44,44
	Totale	53,99	37,17
250 e +	pubblica	51,01	47,00
	privata	80,77	63,80
	Totale	55,97	51,20
Totale	pubblica	44,42	36,18
	privata	58,00	51,68
	Totale	51,45	44,59

Che cosa giustifica questa disparità della retta a seconda del numero di posti-letto e, in particolare, l'accentuazione di tale differenza nelle strutture private?

Dato che tale disparità non è riconducibile alla maggior presenza in tali strutture di non autosufficienti (in quanto abbiamo considerato gli importi medi a seconda della tipologia dell'utenza) ne deriva che essa può essere motivata dalla quantità delle risorse impiegate per dare risposta ai bisogni degli utenti, come testimonia la maggior presenza, nelle strutture maggiori, di équipe professionali.

Tuttavia, sembra difficile ricondurre le differenze delle rette solo ad una maggior presenza di personale medico e ausiliario: i dati suggeriscono quindi che le strutture più grandi non solo non riescono ad attivare economie di scala in altri settori – ovvero nelle spese generali –, ma, anzi, soffrono di maggiori costi accessori. Diverse le motivazioni che possono essere alla base di tali costi accessori: si può ipotizzare da un lato che le strutture maggiori abbiano maggiori costi amministrativi-gestionali determinati proprio dalle loro dimensioni e, dall'altro, che oltre a non disporre di personale religioso, possono meno facilmente far ricorso a contratti atipici e, in generale, a forme di assunzione non garantita. I dati della ricerca non consentono di entrare nel merito delle diverse ipotesi che abbiamo abbozzato o di formularne altre: ci preme però sottolinearlo, in quanto da un lato non è possibile ricondurre la disparità di costi a "inefficienze" tradizionalmente attribuite al settore pubblico – dato che l'effetto della dimensione è accentuato proprio nelle strutture private (IRER 1999); dall'altro questi aspetti risultano di grande rilevanza per i decisori pubblici e privati.

Se il maggior importo delle rette delle strutture maggiori può essere riconducibile anche alla maggior presenza di personale sanitario, esso sembra avere ricadute problematiche sul turn-over degli ospiti e sulle liste di attesa. In sintesi, si evidenzia che le strutture più grandi hanno sia minori liste e tempi di attesa, sia un maggior turn-over determinato da trasferimenti degli ospiti verso altre strutture – o verso il domicilio. Per quanto riguarda il primo punto, si può citare che il numero di persone in lista di attesa è pari mediamente al 156% dei posti-letto nelle strutture più piccole, ma scende al 70% circa di quelle intermedie e al 30% in quelle più grandi; ne deriva che mentre la metà delle strutture più piccole ha tempi medi di attesa superiori agli 8 mesi, tutte le strutture più grandi hanno tempi minori, spesso

inferiori ai 3-4 mesi. Per quanto riguarda il secondo aspetto si rileva che l'incidenza dei trasferimenti sul totale delle dimissioni passa mediamente dal 12% per le strutture più piccole, al 25% per quelle intermedie, al 35% per quelle più grandi. Certo, il ruolo giocato dall'importo della retta è ancora più rilevante della dimensione – nelle strutture meno costose sono assai minori sia i tempi di attesa, sia il turn-over dovuto a trasferimenti (per quanto riguarda questo secondo aspetto si passa infatti dall'11% di quelle meno costose, al 19% di quelle medie, al 47% di quelle più costose); rimane, tuttavia, un ruolo specifico giocato dalla dimensione della struttura: ad esempio, nei casi di retta inferiore alle 90.000 lire al giorno, i trasferimenti sul totale delle dimissioni salgono dal 14,5% per le strutture più piccole, al 35,6% per quelle più grandi; nei casi di retta superiore alle 56,81 euro, si passa invece dal 20% al 50%.

Il risultato di questi andamenti è che vi è una miglior disponibilità di ricovero in tempi brevi presso le strutture più costose e più grandi, che così possono venir scelte non in via definitiva, ma come soluzione "tampone" perché immediata, in attesa di una soluzione migliore: il ritorno dell'anziano al domicilio con assistenza a pagamento, facendo ampio ricorso al mercato dei lavoratori extracomunitari, oppure l'ingresso in una struttura meno costosa e più piccola (Gori, 2002). A sua volta, questa propensione per le residenze più piccole potrebbe essere dovuta sia ad una loro migliore distribuzione sul territorio (e quindi alla vicinanza con i familiari) sia ad una percezione complessivamente migliore, determinata da un ambiente piccolo e vissuto come più "familiare" e più controllabile (Morsicano, 2002). Tuttavia, la funzione di ricovero "tampone" e l'aumento del turn-over contribuiscono ad un aumento dei costi, creando così un circolo vizioso negativo per le RSA più grandi.

CONCLUSIONI

Da queste brevi note emerge un quadro senza dubbio problematico per le RSA più grandi: esse sono meglio dotate sul piano assistenziale, ma più costose; hanno una miglior capacità di offrire soluzioni in tempi brevi, tuttavia, a causa del maggior costo hanno un elevato turn-over. Ne consegue che in queste RSA, con un ruolo di supporto di "urgenza", si ritrovano persone che

necessitano di valutazioni accurate con un alto tasso di instabilità clinica, e con meno affezione da parte della famiglia verso il luogo di accoglienza: il risultato è una moltiplicazione di problemi di "presa in carico" e di costi gestionali. Quali possono essere le strategie possibili? Da un lato si potrebbe riconoscere il maggior costo legato al turn-over (ad esempio con una tariffa maggiorata specie per la parte sanitaria nei primi tre mesi di degenza in RSA), dall'altro affinare i sistemi di valutazione dell'instabilità clinica, ancora oggi identificata solo con la comorbidità, ma in realtà più complessa.

Di certo, va compreso quanto "strutturale" sia in realtà questo processo, cioè legato ai profondi cambiamenti in atto tra gli anziani: sia per quanto riguarda le condizioni socio-economiche (Facchini, 2001), che il quadro psico-fisico (Guaita, 2001), cambiamenti non destinati a modificarsi in tempi brevi. È difficile pensare che il futuro delle grandi RSA consenta una loro ulteriore espansione; al contrario, occorrerà valorizzare le capacità di assistenza per i gruppi più difficili, quali i malati di Alzheimer, le altre demenze con disturbi comportamentali, gli stati vegetativi, altre malattie neurologiche degenerative in fase medio grave: "specializzando" le aree si daranno risposte qualitativamente efficaci (Guaita, 2000). Soprattutto, occorrerà riconsiderare la RSA come una risorsa per tutta la rete dei servizi geriatrici (Taccani et al., 1997), sviluppando esperienze di attuazione di servizi domiciliari, così come di "accoglienza veloce" dall'ospedale o dall'Istituto di Riabilitazione.

I dati non danno insomma sostegno a mentalità del passato che legavano il prestigio di un'istituzione al numero di posti-letto che poteva offrire; al contrario, saranno sempre più la differenziazione e la qualità dei servizi esistenti che faranno la differenza (Colombo, 1995), mentre la quantità dei posti-letto sembra giocare a sfavore.

BIBLIOGRAFIA

Le IPAB nel sistema integrato dei servizi, Numero monografico, Prospettive sociali e sanitarie, vol. 32, n. 18, 2002, pag. 1-25.

Colombo M. Empowerment nei servizi residenziali per anziani non autosufficienti, Animazione Sociale, n. 5, 1995.

Facchini C. (a cura di) Anziani: pluralità e mutamento, Franco Angeli, Milano, 2001.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Facchini C., *Anziani e rete dei servizi. La residenzialità*. Provincia di Milano, 2003.

Gori C. (a cura di) *Il Welfare nascosto*, Carocci, Roma, 2002.

Gaia A., *Nuovi bisogni del processo assistenziale geriatrico*. G. Gerontol. 49:777-781; 2001.

Gaia A., *I "Nuclei speciali di cura" per i malati di Alzheimer ed altre demenze: indicatori di qualità dell'intervento*. G. Gerontol. 48: 42-47, 2000.

IRER, *Residenze sanitarie assistenziali per anziani: analisi della qualità delle prestazioni, individuazione dei costi standard e analisi economico finanziaria*, 1999. (<http://www.irer.it>).

Marsicano S. (a cura di), *Abitare la cura. Riflessioni sull'architettura istituzionale*, Franco Angeli, Milano, 2002.

Taccani P., Tramma S., Barbieri Dotti A., *Gli anziani nelle strutture residenziali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

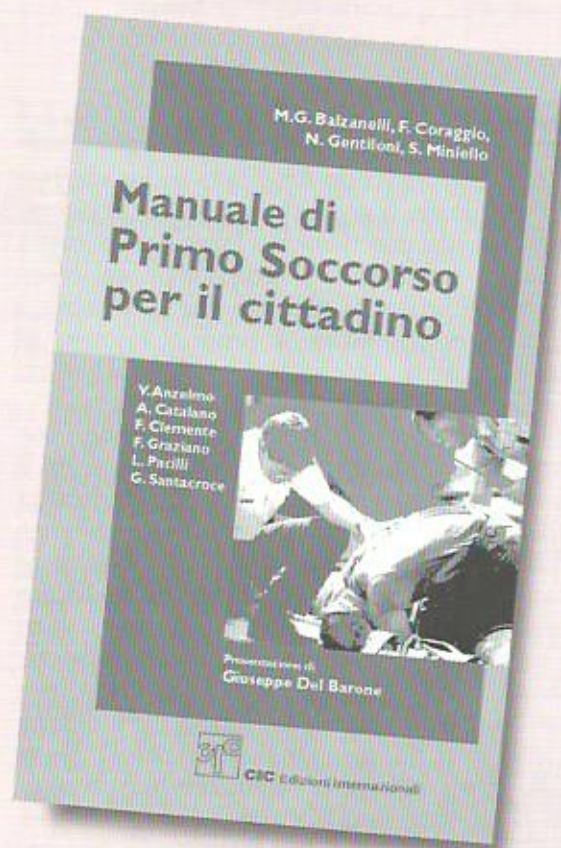
M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello

**V. Anzelmo, A. Catalano, F. Clemente,
F. Graziano, L. Pacilli, G. Santacroce**

MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

**Presentazione
di G. Del Barone**

**Volume di 400 pagine,
f.to cm 12x19 - broccura
€ 30,00**



CIC Edizioni Internazionali

Gli strumenti del fisioterapista per la valutazione dell'impatto ambientale della demenza

Paola Gioia, Federica Melles, Silvia Mostioli, Mariangela Vendramin, Lorenzo Lui

Istituto Geriatrico "C. Golgi" Abbiategrasso (MI)

INTRODUZIONE

L'ambiente familiare ha un significato anche affettivo e non solo spaziale o geografico per tutte le persone; per la persona con demenza l'ambiente acquista un significato particolare poiché racchiude riferimenti, ricordi, situazioni affettive che permettono alla persona di soddisfare il proprio bisogno di appartenenza, e la necessità di non disorientarsi (Vitali e Guaita, 2000).

All'origine dei disturbi più "difficili" delle persone con demenza, quelli non cognitivi, vi sono quasi sempre degli errori di rapporto fra le capacità di risposta della persona malata e gli stimoli ambientali (Colombo et al., 1998). Se nelle fasi medio-gravi della demenza non siamo più in grado di modificare la capacità di risposta, dobbiamo recuperare e valorizzare tutte le performance modificando l'ambiente, costruendo quello che si chiama secondo Moyra Jones un "ambiente protesico" (Jones, 1996). Uno spazio che impone compiti troppo difficili porta infatti allo stress, mentre un ambiente troppo semplificato o facilitato può portare ad un eccesso di disabilità, fisica e cognitiva. Per costruire un ambiente adatto dobbiamo perciò valutare sia funzioni del malato che permettono di conoscere e interpretare i messaggi ambientali, sia la qualità dell'ambiente su cui tali facoltà si esercitano: gli strumenti di valutazione sono quindi riferiti alla persona e all'ambiente. Il risultato atteso è un miglioramento dei livelli funzionali e di iniziativa del paziente, in assenza di reazioni da stress (cioè aumento del benessere).

LA PERSONA

Il quadro clinico della demenza di Alzheimer, come per altre demenze, comporta diverse difficoltà di lettura ambientale, ciascuna delle quali ha un impatto sull'interazione uomo/ambiente:

- dal punto di vista cognitivo soprattutto la perdita della memoria esplicita e il mantenimento di quella implicita, nonché la perdita precoce del linguaggio e in generale della semantica;
- dal punto di vista sensoriale i deficit di campo visivo, di percezione della luminosità, di contrasto fra i colori, di movimento, nonché i deficit di accomodazione, si possono aggravare con le difficoltà somatognosiche, stereognosiche e prassiche. Le conseguenze ambientali sono chiare: un esempio può essere l'illuminazione in relazione ai disturbi visivi (Kosse e Gilmore, 1998) o i segnali ambientali per l'orientamento;
- dal punto di vista motorio le difficoltà sono tardive, almeno quelle delle prestazioni più semplici e automatiche come il cammino (Colombo et al., 2001).

LA VALUTAZIONE

La valutazione è connessa prevalentemente con gli aspetti funzionali che, tuttavia, non sono separabili da quelli sensoriali, cognitivi e comportamentali, valutati con tutta l'équipe di lavoro, che va intesa in modo assolutamente ampio, comprendendo in essa i familiari.

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

- a) Gli strumenti cognitivi di valutazione sono sia quelli classici della valutazione neuropsicologica – dal MMSE (Folstein et al., 1975) al MODA (Cossa et al., 1999) – sia quelli più informali, ma essenziali, della conoscenza del comportamento spontaneo del soggetto. Da non sottovalutare l'importanza della valutazione della percezione dello schema corporeo, per le conseguenze sui programmi di stimolo della propriocettività.
- b) La valutazione sensoriale incontra molti ostacoli nella non collaborazione del paziente per cui dobbiamo avere capacità interpretative sul comportamento spontaneo laddove gli esami specialistici non ci aiutino. In questo, la conoscenza di disturbi più comuni e diffusi ci può aiutare. Maggiori dubbi vi sono sull'udito, che sembra perda soprattutto direzionalità, mentre sappiamo che in tutti gli anziani si tende a perdere la chiarezza di percezione dei toni acuti o dei suoni troppo ravvicinati.
- c) La valutazione degli aspetti motori deve tener conto della "qualità" del cammino e dell'equilibrio, usando le scale semiquantitative molto diffuse e semplici come il Tinetti Balance and Gait (Tinetti, 1986). Nella valutazione della dipendenza nelle attività della vita quotidiana le scale più usate sono: indice ADL di Katz (Katz, 1963) e indice di Barthel (Shah e Vanclay, 1989). Le attività strumentali, presenti nelle fasi iniziali della demenza hanno meno significato nella fase medio-grave: molto usate le IADL di Lawton (Lawton e Brody, 1969).
- d) La valutazione dei sintomi non cognitivi e psichico-comportamentali costituisce un indicatore indiretto molto utile per valutare gli effetti del nostro intervento sulla qualità di vita della persona. Se l'intervento è ben fatto il risultato è una diminuzione di intensità e frequenza di questi disturbi, senza aumento di terapie sedative. Lo strumento oggi più usato è il Neuro-Psychiatric Inventory di Cummings, validato in italiano (Binetti et al., 1995), che permette una traduzione quantitativa del disturbo comportamentale; nella versione "NPI - stress" è associata ad ogni disturbo anche la rilevazione del livello di stress del caregiver. La diminuzione dello stress del caregiver è un altro importante outcome dell'intervento ambientale, che può essere misurato anche in modo indipendente, ad esempio con la Relative's Stress Scale di Greene (Greene et al., 1982).

Inoltre, è di grande utilità la versione "narrativa" della giornata del malato e di chi lo cura, l'analisi del diario che ci aiuta a capire i tempi e i ritmi del malato, la collocazione temporale oltre che geografica di determinati adattamenti ambientali (per es.: illuminazione notturna e di che livello; quali percorsi facilitare o nascondere in differenti momenti della giornata).

Vengono poi valutate le attività terziarie o "avanzate", attraverso una scheda redatta dai familiari che raccoglie la biografia della persona al fine di conoscerla meglio attraverso attività significative (passatempi, relazioni sociali, lavori) e che quindi consente di avere informazioni sulle attività gradite dal malato.

LA VALUTAZIONE AMBIENTALE

Gli strumenti del fisioterapista per la valutazione dell'ambiente in cui vive la persona con demenza, sono in funzione degli obiettivi che ci si prefigge sul malato e su chi lo assiste.

Una volta valutata la persona ci si chiede se l'ambiente sia funzionale alle competenze, ed anche alla disponibilità della famiglia a modificarlo, dal momento che gli oggetti non hanno un significato affettivo solo per il malato (che può perderne la cognizione), ma anche per chi gli sta vicino. Per alcune persone la casa è vissuta come una parte del proprio corpo, e certe modifiche sono vissute come amputazioni.

Analizzando quindi ogni spazio vitale dobbiamo aver presente il contesto, cercando però di mettere al primo posto quel malato con la sua malattia, la sua storia, le sue capacità/incapacità, i suoi desideri/piaceri e, soprattutto, la possibilità residua di esercitare la sua volontà.

Analiticamente:

- *La sicurezza*: ad un aumento di sicurezza ambientale corrisponde un aumento dello spazio di libertà del malato e una minore necessità di sorveglianza o contenimento.
- *L'accessibilità e la mobilità* (barriere interne ed esterne all'abitazione): bisogna valutare non solo le "barriere" tradizionali, ma anche il significato di spazi e ambienti chiusi: dove tenere aperte e dove chiuse le porte, ad esempio, o addirittura dove mascherarle. In altri luoghi sono utili segnali "facilitanti": ad esempio, vasi di fiori e piante vicino all'uscita per il giardino.

- *La chiarezza e la funzionalità*: è necessario evitare messaggi ambientali ambigui per non scatenare disturbi comportamentali: l'ambiente deve suggerire la funzione. Evitare i messaggi ambientali ambigui è fondamentale per non favorire comportamenti sociali disturbanti (una sala visita asettica, piastrellata e bianca, può suggerire l'aspetto di un bagno, con le conseguenze facilmente immaginabili). Così vale per i colori: sapendo che vi è una precoce perdita della visione dei contrasti, vanno evitati colori che possano essere fattori di confusione per il malato; oppure disegni o poster che possano essere fonti di paura o di allucinazioni.
- *Familiarità e personalizzazione*: riferite al tempo (storia) in cui il malato si riconosce. È importante che i messaggi infrastrutturali che inseriamo, per personalizzare una stanza di residenza o uno spazio della casa, siano testati con la persona, per verificare la sua capacità di riconoscerlo (ad esempio la propria fotografia vicino alla porta della stanza: se il paziente sta facendo un "viaggio nel tempo" e pensa di avere 40 anni, non riconoscerà una foto dove ne ha ottanta!).
- *Flessibilità ed elasticità*: il malato muta nel tempo e più le soluzioni sono compensatorie rispetto alla gravità e alle perdite subite, più la persona troverà un ambiente sempre adatto a lui. Una soluzione che poteva essere considerata ideale dopo poche settimane, può essere in un altro momento del tutto inadatta. Più le soluzioni ambientali sono in grado di seguire il percorso di gravità e il modificarsi dei sintomi, più facilmente il malato si troverà sempre in un ambiente adatto a lui (pensate a come muta la stanza di un bimbo che cresce).
- *Comfort*: l'obiettivo della protesisi di cura non è evitare problemi, ma dare benessere. Non basta quindi che l'ambiente sia sicuro, occorre che sia anche possibile viverlo come piacevole.
- Un particolare elemento protesico è costituito dallo spazio esterno, possibilmente da un giardino. Il contatto con elementi naturali e vivi è una preziosa fonte di stimoli al giusto livello, e per alcuni anche di messaggio anti-stress. Questo spazio va pensato con gli stessi elementi di sicurezza dello spazio interno (piante non urticanti, non velenose) senza complicarlo troppo nei percorsi e cercando di assicurare tutte le fonti di informazioni che può dare (colori, profumi, sensazioni tattili, modificazioni stagionali).

CONCLUSIONE

La valutazione non è fine a se stessa, ma un modo per migliorare la vita del malato e di chi lo cura.

Alla valutazione deve quindi seguire un intervento di miglioria, i cui effetti possono essere a loro volta rivalutati.

Quindi le modifiche ambientali proposte dovranno essere:

- personalizzate, adeguate alla "signora Maria": non esistono protesi preconfezionate, ma tutto va personalizzato;
- semplici, perché più facili da capire e anche da attuare, oltre che meno costose;
- flessibili, adattabili, per i motivi già detti di continuo mutamento del quadro clinico;
- condivisibili, da coloro che vivono con il malato, anche per il rispetto dei significati affettivi e storici, spesso condivisi profondamente da chi deve usare lo stesso spazio di vita;
- affidabili, sicure: senza esagerare i timori, spesso immotivati (non abbiamo mai proibito di usare il coltello a chi ne è capace), ogni elemento che non comporta, nel suo uso la sorveglianza diretta del caregiver può essere un'occasione di autointrattenimento che "libera" sia il tempo del malato che di chi lo assiste (su questo ci sono anche interessanti esercizi di tecnologia applicata, di interazione con il computer) (Colombo, 2000).

Per poter attuare questo progetto, per riuscire a "sistemare un ambiente" a misura del malato, e di chi convive con lui, bisogna aver presente quindi che gli obiettivi non sono solo da raggiungere per il malato, ma anche per i caregiver:

- ritorno informativo ed educativo circa le competenze del malato;
- valutazione della necessità di controllo del malato e delle reali possibilità di passaggio dal controllo alla supervisione (riduzione dello stress per chi assiste e promozione dell'autodeterminazione);
- riorganizzazione in funzione sostitutiva rispetto alle abilità perdute e facilitante rispetto a quelle mantenute.

Questa dimensione condivisa ed "educativa" all'uso proprio dell'ambiente, che coinvolge la famiglia nel progetto di cura, è l'atto finale di un percorso che, se è rivolto principalmente all'ambiente, trova il suo significato solo nella vicinanza professionale ed affetti-

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

va con le persone che vivono le conseguenze della malattia. Nel momento in cui entriamo in un ambiente di vita a valutare e a suggerire, dobbiamo avere anche la consapevolezza che entriamo a far parte di un flusso affettivo, cui non possiamo e non dobbiamo rimanere indifferenti come freddi osservatori. In questo non vi deve essere alcuna differenza di stile di intervento fra setting domiciliare o istituzionale. In modo significativo, nella prima pagina delle "linee guida" del nostro istituto (Trabucchi et al., 1998) c'è scritta una frase, dettata da un malato residente in RSA: "Non sono io che vivo dove tu lavori, sei tu che lavori dove io vivo".

BIBLIOGRAFIA

- Binetti G., Magni E., Rozzani L., Trabucchi M., Cummings J.L. *Neuropsychiatric Inventory: validazione italiana di una scala per la valutazione psicopatologica della demenza*. Giorn. Gerontol. 13: 864 - 865, 1995.
- Colombo M., Vitali S., Molla G., Gioià P., Milani M. *The home environment modification program in the care of demented elderly: some examples*. Archives of Gerontology and Geriatrics, (supplement 6): 83-90, 1998.
- Colombo M., *I vantaggi per l'utente perno di valutazione delle nuove tecnologie*. De Sanitate; 3 (n.14): 22-27, 2000.
- Colombo M., Vitali S., Cairati M., Perelli Cippo R., Bessa O., Gioià P., Guaita A. *Wanderers: features, findings, issues*. Arch. Gerontol Geriatr; suppl. 7: 99 - 106, 2001.
- Cossa FM., Sala S.D., Musico M., Spinner H., Ubezio M.C. *The Milan Overall Dementia Assessment and the mini mental state examination compared in epidemiological investigation of dementia*. Eur. J. Neurol; 6:289-94, 1999.
- Folstein M.F., Folstein S.E., Mc Hugh P.R. *Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive of patients for the clinician*. J. Psychiat. Res.; 12: 189-198, 1975.
- Greene J.G., Smith R., Gardiner M., Timbury G.C. *Measuring Behavioural Disturbance of Elderly Demented Patients in the Community and Its Effects on Relatives: a Factor Analytic Study*. Age and Ageing; 11:121-126, 1982.
- Jones M. *GentleCare, changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*. Moyra Jones Resources, Burnaby B.C., Canada, 1996.
- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA; 185:914-919, 1963.
- Koss L., Gilmore G.C. *Environmental interventions and functional ability of AD patients*. In: Vellas B., Fitten J., Frisoni G. *Research and practice in Alzheimer's disease 1998*. Serdi, Paris; Spring PC, New York; 185-192, 1998.
- Lawton L.P., Brody E.M. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist; 9:179-186, 1969.
- Nolan B.A.D., Mathew R.M., Harrison M. *Using external memory aids to increase room finding by older adults with dementia*. American Journal of Alzheimer's disease and other dementias; 16:251-54, 2001.
- Shah S., Vanclay E. *Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation*. J. Clin. Epidemiol; 42: 703-709, 1989.
- Tinetti M. *Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patient*. J. Am. Geriatr. Soc.; 34: 119-136, 1986.
- Trabucchi M., Casale G., Bonaccorso O., Guaita A. *Assistenza e riabilitazione geriatrica linee guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital*. Franco Angeli, Milano 1998.
- Vitali S., Guaita A. *Il significato dell'ambiente protesico nella cura della persona con demenza in fase severa*. Dementia Update; (7): 24-29, 2000.

Musicoterapia e malattia di Alzheimer

Daniele Villani

Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR)

INTRODUZIONE

In occasione dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia della World Federation of Music Therapy, la musicoterapia è stata così definita: "La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia, armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in un rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopo di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia" (Raglio et al., 2000).

Così definita, la musicoterapia si caratterizza per l'esistenza: 1) di un setting strutturato; 2) di un modello metodologico di riferimento; 3) di un operatore qualificato.

Ci è sembrato utile, prima di entrare nel merito del ruolo della musicoterapia nella malattia di Alzheimer, identificarne bene le caratteristiche, riportando una definizione condivisa dalla comunità scientifica internazionale.

Accade spesso, infatti, che vengano definiti come musicoterapia interventi che, pur utilizzando la musica e gli strumenti musicali, non sono compatibili con la definizione di cui sopra. L'ascolto di brani musicali noti, la caratterizzazione di fasi della giornata sulla base di certe melodie, l'utilizzo di particolari musiche volte ad ottenere un effetto rilassante, possono avere una precisa finalità e magari una buona efficacia, ma non rientrano nella sfera di ciò che oggi definiamo musicoterapia.

Due aspetti della musica sono noti a tutti. Il primo è la grande influenza che la musica può avere sul tono dell'umore: l'effetto rasserenante della musica, che è stato sperimentato da ciascuno di noi, è così forte e prevedibile che molti lo utilizzano (in casa, in automobile) per ritrovare un po' di tranquillità, magari dopo una giornata convulsa (è interessante a questo proposito il ruolo che giocano i fattori culturali e anagrafici sulle preferenze musicali, per cui la stessa musica "techno" che ha effetto rilassante su un adolescente può esasperare un anziano, e viceversa un corale di Bach...). Il secondo aspetto noto della musica è il suo forte potere mnestico. Il riascolto di un brano musicale può evocare con molta precisione un episodio della nostra vita, ricostruendo nella nostra mente non soltanto le caratteristiche temporali e spaziali dell'episodio, ma anche lo stato d'animo che caratterizzava quella circostanza ("la nostra canzone" è forse l'esemplificazione più immediata, anche se non quella culturalmente più raffinata, di questo fenomeno). Il ruolo che la musica ha sugli aspetti non-cognitivi (effetto rilassante) e su quelli cognitivi (effetto evocativo) è forse, in alcune circostanze, interdependente, nel senso che l'evocazione di un momento positivo può indurre rilassamento e serenità.

Queste semplici osservazioni sull'influenza che la musica può avere sull'affettività e sulla memoria delle persone ci portano all'ipotesi che la musica possa agire in maniera positiva anche sulla persona malata assumendo un profilo "terapeutico", particolarmente quando la malattia colpisce la mente, le sue funzioni cognitive e non cognitive. Musica e medicina sono fra loro collegate nelle culture più antiche, come la cinese e l'indiana, ma anche nella cultura europea troviamo esempi dell'utilizzo curativo: della musica (il canto gregoriano privo di componenti ritmiche e molto sviluppato sul piano melodico, collegato all'andamento del respiro umano, veniva utiliz-

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

zato dai monaci francesi di Cluny nell'XI secolo per alleviare le sofferenze dei morenti: la cosiddetta "infirmarium music".

La musicoterapia nasce e si sviluppa prevalentemente in ambiente psichiatrico, costruendo nel campo delle psicosi la maggior parte del suo corpus teorico e della sua esperienza pratica (Raglio et al., 2001). L'estensione dell'utilizzo della musicoterapia al campo delle demenze e quindi la sua diffusione in ambito geriatrico, è legata sostanzialmente a due motivi: il ruolo che i disturbi della memoria e del comportamento hanno nella malattia di Alzheimer; che ne fanno un ideale banco di prova per la musicoterapia; le scarse risorse terapeutiche a nostra disposizione nei confronti delle demenze, che hanno portato alla ricerca e allo sviluppo di trattamenti non-convenzionali, tra i quali appunto si colloca l'utilizzo della musica.

Come si diceva all'inizio, un requisito della musicoterapia è il riferimento a una metodologia specifica. I modelli musicoterapici accreditati dalla World Federation of Music Therapy sono cinque: l'approccio Nordoff-Robbins basato sull'improvvisazione creativa, quello comportamentale di Madsen, quello psicoterapico ricettivo di Bonny, l'approccio junghiano di Priestley, l'approccio attivo relazionale, psicodinamico di Benenzon (1998). A quest'ultimo, utilizzato nel nostro istituto per molti anni in ambito psichiatrico e da tre anni nelle persone affette da malattia di Alzheimer, faremo riferimento nel corso dell'articolo (Raglio, 2002).

In geriatria numerose sono le esperienze di "animazione musicale". La loro finalità comune è la ricerca di una situazione di benessere in un contesto di socializzazione; nell'animazione musicale l'operatore formula proposte, generalmente pensate a priori, che costituiscono il contenuto dell'intervento.

Frequenti sono anche le esperienze di "ascolto musicale", che possono avere varie finalità: *evocative*, in cui si cerca di sollecitare ricordi o stati d'animo con lo scopo di attivare momenti di verbalizzazione; *induttive di nessi*, con lo scopo di facilitare il riconoscimento di ambienti o di momenti strutturati della giornata; *contenitive*, nell'ipotesi che l'ascolto musicale genericamente definito (musica classica, musica preferita) possa agire con qualche efficacia riducendo, soprattutto nelle demenze, i disturbi comportamentali, migliorando il tono dell'umore o la socializzazione.

INDICAZIONE APPLICATIVE

Perché, dunque, la musicoterapia nella malattia di Alzheimer?

Nella teoria psicologica di Stern (1985), cui fanno riferimento le tecniche musicoterapiche da noi utilizzate, si fa riferimento ad un "universo affettivo primario" che si colloca nel periodo pre-verbale dello sviluppo, che permane in tutta la vita dell'individuo, ed è caratterizzato da aspecificità percettiva (amodalità) e contemporanea attivazione di più canali sensoriali (sine-stesia).

Il suono e la musica si collocano nell'ambito di queste esperienze arcaiche che la musicoterapia tende a recuperare in un malato che, come il malato di Alzheimer, ha perduto molte capacità relazionali, in particolare quella verbale.

Con queste premesse teoriche è possibile ipotizzare che il suono e la musica attivino modalità espressive arcaiche probabilmente ancora presenti nella persona con malattia di Alzheimer, recuperate attraverso una regressione terapeutica condivisa e guidata dal musicoterapeuta. Ciò significa *by-passare* le funzioni cognitive, la capacità elaborativa e di simbolizzazione, per attingere a quel mondo di emozioni e sensazioni non ancora ben strutturate e consapevoli, benché colte ed espresse attraverso i primitivi canali prima menzionati. L'utilizzo della musicoterapia nella malattia di Alzheimer può migliorare dunque gli aspetti relazionali e ridurre i disturbi del comportamento.

Vediamo ora qualche aspetto operativo, derivato dalla nostra esperienza con i malati di Alzheimer.

I - Indicazioni di trattamento

L'intervento musicoterapico si rivolge principalmente a persone con scarse capacità relazionali. Nel caso specifico della malattia di Alzheimer le prescrizioni di trattamento sembrano supportare una indicazione particolare per persone con CDR (Clinical Dementia Rating Scale) da 1 a 3, anche con gravi disturbi psichici e/o comportamentali.

In relazione alla gravità è possibile proporre un intervento individuale o di gruppo. I malati ammessi al trattamento possono essere affetti anche da altre forme di demenza (vascolari, ad esempio): preferiamo comunque, in caso di trattamenti di gruppo, costituire gruppi omogenei.

2 - Disponibilità e idoneità al trattamento

Dopo la segnalazione da parte del medico curante, il musicoterapista deve preliminarmente valutare la disponibilità del malato al trattamento e l'indicazione al trattamento stesso. Ciò avviene attraverso un numero limitato di sedute (da 2 a 5) precedute da un breve colloquio in cui la persona viene informata circa gli obiettivi dell'intervento.

In queste sedute viene anche valutata l'idoneità del paziente al trattamento attraverso la rilevazione dei presunti segnali "comunicativi" sonoro-musicali. In queste prime sedute di valutazione ci si avvale della stesura e dell'elaborazione di Protocolli di Osservazione e di una Scheda Musicoterapica, che verranno utilizzati anche durante il trattamento. Se le condizioni cognitive del malato lo consentono, è utile spiegarli le caratteristiche del trattamento: modalità, obiettivi, durata, enfatizzando il ruolo curativo del trattamento stesso.

3 - Le sedute

Le sedute si svolgono in un locale che, preferibilmente, dovrebbe avere i seguenti requisiti di base: dimensioni equilibrate, isolamento acustico, assenza di eventuali stimolazioni potenzialmente interferenti. La stanza in cui si effettuano le sedute è separata da un vetro unidirezionale da quella in cui si effettua l'osservazione. È preferibile che la stanza di musicoterapia sia nelle immediate vicinanze o all'interno del luogo di degenza. La presenza di stimoli estranei al setting musicoterapico (colori, oggetti superflui, finestre sporcicate di tende, ecc.) risulta essere disturbante e talvolta interferente nel trattamento. Bisogna anche prestare attenzione ad alcuni aspetti organizzativi, come l'accompagnamento delle persone da parte di operatori dell'équipe di cura. È necessaria una equilibrata distribuzione degli interventi musicoterapici che, nella nostra esperienza, è dell'ordine di 2-3/settimana. La durata delle sedute, siano esse singole o di gruppo, è di 30 minuti. Il setting strumentale deve essere essenziale e facilmente accessibile; può prevedere la presenza di tutte le famiglie strumentali (membranofoni, idiofoni, aerofoni, cordofoni ed elettrofoni) disposti in modo ordinato e in numero ridotto, tenendo conto di supporti che facilitino la presa degli strumenti nonché la mobilità dei pazienti.

Nelle prime sedute il paziente viene messo nelle con-

dizioni di poter esplorare e interagire con una vasta gamma di stimoli sonoro-musicali. Nei successivi incontri si arriva alla graduale definizione di un setting calibrato, adeguato al paziente, che riflette maggiormente l'identità sonoro-musicale dello stesso e in cui emerge la funzione di "oggetto intermediario" assolta da alcuni strumenti.

Le consegne che il musicoterapista dà al paziente, possono essere verbali o non verbali e assumere una connotazione di direttività, semi-direttività e non direttività. Le consegne verbali e in generale le verbalizzazioni, solitamente assenti nel trattamento musicoterapico secondo questo orientamento teorico-metodologico, sembrano avere in alcuni casi, nei trattamenti di persone con malattia di Alzheimer, un ruolo contenitivo e tranquillizzante, oltre che contribuire a orientare i pazienti nel setting musicoterapico.

Nella fase operativa, quanto evocato e suscitato dal paziente viene evidenziato, elaborato e restituito dal musicoterapista dal punto di vista emotivo e sonoro-musicale con il fine di instaurare una relazione. Il musicoterapista potrà: a) stimolare il paziente nel caso in cui questi non interagisca attraverso l'impiego di materiale sonoro-musicale; b) riprendere, elaborare e rimandare le produzioni sonoro-musicali spontanee emergenti dal contesto musicoterapico, nel caso in cui il paziente sia propositivo.

4 - La verifica

La verifica del lavoro svolto costituisce, come sempre nel trattamento di questi malati, un momento problematico. Il momento di verifica è costituito dalla condivisione dei contenuti dei Protocolli di Osservazione stesi al termine di ogni seduta. I Protocolli rilevano la quantità, la durata e le caratteristiche delle produzioni del paziente e del musicoterapista, oltre che gli elementi e/o parametri sonoro-musicali ricorrenti o che compaiono per la prima volta nelle sedute; vengono inoltre rilevati la quantità di stimoli proposti dal musicoterapista e le produzioni spontanee del paziente. Il Protocollo, inoltre, rileva eventi manifesti direttamente estrapolabili dalla visione delle immagini relative alle sedute.

Questo Protocollo di Osservazione, elaborato dalla nostra équipe di musicoterapia, ha scopo di rilevare quantitativamente e qualitativamente la "relazione intersoggettiva" nell'ambito di una seduta di musicoterapia. Altre importanti verifiche sono quelle che si effettuano

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

all'esterno del setting musicoterapico, utilizzando strumenti valutativi già esistenti (ad esempio la Cohen Mansfield Agitation Inventory e il Neuropsychiatric Inventory) e altri che possono essere creati appositamente per effettuare osservazioni mirate su comportamenti specifici (sorriso, pianto, allontanamento/avvicinamento fisico ecc.) o per acquisire altri elementi di valutazione (interviste a familiari, interviste a operatori coinvolti nella cura della persona, ecc.).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'utilizzo della musicoterapia nella demenza offre interessanti prospettive di efficacia. Alcuni aspetti devono essere ancora chiariti, altri devono con fermezza essere tutelati.

- È necessario che la musicoterapia assuma in modo sempre più netto i caratteri di una disciplina scientifica, che si muove entro regole precise, abbandonando fumosità ed esoterismi che non giovano a nessuno, tanto meno ai malati; altre forme di utilizzo della musica (l'animazione musicale, l'ascolto) hanno sicuramente diritto di cittadinanza nella complessità della cura dei dementi, ma è bene chiarire che esulano dalla sfera della musicoterapia.
- Il metodo utilizzato da noi, non ha il suo baricentro nella evocazione di un ricordo musicale, ma nel recupero di un sistema di comunicazione arcaico, preverbale.
- La nostra esperienza ci consente di delineare delle procedure (pazienti da trattare, tempi, modalità ecc.); le prime osservazioni ci fanno ritenere che la musicoterapia possa agire positivamente sulle capacità relazionali dei dementi, riducendo, forse in modo conseguente, i disturbi del comportamento (Puerari et al., 2000).

- È sempre necessaria una valutazione parallela dei risultati: quella tecnica, condotta dai musicoterapisti nel laboratorio di musicoterapia; quella ecologica, condotta dall'équipe di reparto. È inoltre necessario affinare gli strumenti valutativi, poiché le usuali scale comportamentali, cognitive, funzionali non sembrano in grado di cogliere i cambiamenti indotti dalla musicoterapia.
- Rimane ancora aperto il problema della durata dell'efficacia del trattamento, aspetto critico in una logica di buon utilizzo delle risorse.
- La musica, arte suprema, linguaggio universale di ogni popolo e di ogni razza, fonte delle emozioni più profonde e appassionate di ogni essere umano, deve essere guardata e "trattata" con grande rispetto: o la si lascia liberamente fluire, ascoltare, godere, o la si inserisce in una cornice di regole e scientificità. L'utilizzo maldestro della musica in medicina è, in ultima analisi, grave mancanza di rispetto per la musica e per il malato, per l'arte e per l'uomo.

BIBLIOGRAFIA

- Benenzon R.O. *La nuova musicoterapia*. Ed. Phoenix, Roma, 1998.
- Puerari F., Raglio A., Ubezio M.C., Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: un'esperienza di ricerca*. VI Congresso Nazionale Società Italiana Gerontologia e Geriatria, Firenze, 22-26 novembre 2000.
- Raglio A., Manarolo G., Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: Proposte applicative e ipotesi di ricerca*. Ed. Cosmopolis, Torino, 2000.
- Raglio A., Puerari F., Ubezio M.C., Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: una revisione della letteratura*. *Demenza*, 2:10-16, 2001.
- Raglio A. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer*. Ed. Cosmopolis, Torino 2002.
- Stern D.N. *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York, 1985.

L'operatore socio-sanitario nelle RSA

Gianbattista Guerrini, Monica Capra, Silvia Cucchi, Anna Rosa Peroni, Francesca Pasotti

RSA "Leonardo Arvedi" e "Villa Elisa", Comune di Brescia

L'istituzione da parte del Ministero della Sanità, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, della nuova figura dell'Operatore socio-sanitario (OSS) (Gazz. Uff., 2001), e la possibilità di riconvertire a questa nuova figura gli operatori di base delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli ausiliari socio-assistenziali (ASA), ha rappresentato e rappresenta per le nostre strutture un'opportunità – senz'altro parziale, non priva di limiti e di ambiguità, ma concreta – per affrontare una situazione particolarmente complessa. Siamo convinti però che il reale impatto di tale opportunità dipenderà in buona parte dal ruolo che saremo capaci di delineare per questa nuova figura professionale, dalla sua collocazione nell'équipe e dalle modalità del suo rapporto con gli altri operatori sanitari e socio-assistenziali.

1. I servizi socio-sanitari per la popolazione anziana, ed in particolare le RSA, sono da alcuni anni chiamati a farsi carico di un'utenza caratterizzata non solo da un'età sempre più avanzata e da elevati livelli di disabilità, ma anche da una crescente complessità ed instabilità delle condizioni cliniche.

Sono ben note le ragioni di questa evoluzione della domanda:

- l'aumento della speranza di vita, del quale beneficiano – in virtù dei progressi della medicina – anche persone affette da gravi patologie croniche;
- la capacità da parte dei nuclei familiari di far fronte – grazie alle migliorate condizioni di reddito e soprattutto alla disponibilità di personale di assistenza privata a domicilio (le cosiddette "badanti") – a situazioni gravate da un minor livello di instabilità clinica (Guaita e Pucci, 2001);
- le profonde trasformazioni che hanno investito l'ospedale, riducendone le capacità di garantire non solo una funzione "assistenziale", talvolta impropria, storicamente esercitata nei confronti degli anziani, ma spesso perfino la necessaria stabilizzazione clinica (Capasso et al., 1999; Savini et al., 1999).

Una simile evoluzione della domanda era in buona parte prevista dalla normativa nazionale istitutiva della

Residenza sanitaria assistenziale quale presidio della rete dell'"Assistenza geriatrica", fortemente collegato con le strutture ospedaliere, ed è stata affrontata in termini più concreti dalla Regione Lombardia, che ha sancito per queste strutture residenziali l'obbligatorietà di un'autonoma organizzazione sanitaria. Ma questo riconoscimento normativo e "culturale" non ha impedito che le RSA restassero "ai margini" del sistema sanitario, con difficoltà crescenti non solo a reperire le figure sanitarie (data la grave carenza di queste figure, in particolare degli infermieri, sul mercato del lavoro), ma anche a garantire loro lo stesso riconoscimento (economico e di status) della Sanità.

2. I problemi posti alle RSA dall'aumento dei bisogni sanitari non sono però solo di natura "quantitativa": non sono cioè risolvibili grazie al "parallelo" aumento delle prestazioni sanitarie reso possibile dall'incremento numerico di figure professionali che operino con modelli mutuati dalla medicina clinica. I bisogni specifici degli anziani "fragili" ospiti delle RSA – con il loro bagaglio di polipatologia, di disabilità e di instabilità clinico-funzionale – postulano un nuovo modello di assistenza integrata: un modello capace di promuovere autonomia e benessere coniugando la gestione delle attività della vita quotidiana e la presa in carico complessiva della vita della persona all'interno della RSA (la core, che vede proprio nell'ausiliario socio-assistenziale l'attore principale) con la gestione delle fluttuazioni cliniche e delle riacutizzazioni delle malattie croniche (la cure) (Senin, 1999).

Un modello di assistenza che si è andato faticosamente costruendo nelle nostre strutture, che chiede agli infermieri – accanto ed oltre alle competenze tecniche – crescenti capacità di coordinamento e di guida del gruppo di lavoro, e al tempo stesso presuppone una crescita complessiva delle competenze sanitarie di tutta l'équipe ed in particolare di quegli operatori – (gli ASA) – che ne costituiscono la figura di base.

Una crescita culturale ed operativa resa tanto più necessaria dallo spostamento a livello universitario della formazione dell'infermiere professionale, che

SPUNTI DI DIBATTITO

rischia di allargare il divario tra due figure la cui operatività non può che essere fortemente integrata.

3. Il ruolo dell'OSS e la sua collocazione all'interno dell'équipe delle nostre RSA hanno tenuto conto delle considerazioni svolte, e hanno potuto avvalersi della sperimentazione di un diverso ruolo (di supporto agli infermieri ma anche "di coordinamento" delle attività del nucleo) affidato ad alcuni ASA in una fase di grave emergenza infermieristica e di marcata difficoltà a garantire la continuità della presenza infermieristica (problema particolarmente avvertito nella nostra realtà urbana a forte concorrenza ospedaliera).

Forti di questa esperienza abbiamo guardato a questa nuova figura professionale come al naturale sviluppo della figura dell'ASA, ad un'importante opportunità di qualificazione, di crescita professionale e di carriera, di gratificazione e di motivazione di questa figura professionale: quasi la valorizzazione, il riconoscimento di competenze acquisite sul campo ed integrate da un arricchimento del bagaglio culturale sul versante sanitario (arricchimento peraltro molto richiesto e - nelle esperienze di riconversione già attuate - molto ben accolto proprio da chi ha maturato in anni di esperienza una professionalità "di eccellenza").

L'OSS, figura polivalente dotata di competenze aggiuntive in ambito sanitario (anche se non ancora in grado - per i limiti insiti nel suo percorso formativo e nel suo profilo professionale - di operare in tale ambito in piena autonomia) si è così affiancata, nelle nostre RSA, all'infermiere professionale, collaborando con lui nelle attività di area infermieristica previste dal suo profilo professionale (rilevazione e controllo dei parametri biologici, somministrazione delle terapie, effettuazione delle medicazioni, e così via), ma anche in funzioni di raccordo e di coordinamento del gruppo di lavoro.

A questa figura sono stati infatti affidati:

- compiti di supporto - a livello di nucleo - alla caposala (nell'organizzare il lavoro degli ASA, nell'integrarne l'operatività con quella delle altre figure professionali, nel presidiare le necessità di approvvigionamento e manutenzione, ecc.);
- un ruolo di figure di riferimento per gli ospiti ed i parenti;
- una maggiore responsabilità - all'interno del gruppo degli ASA - sul corretto svolgimento e sulla puntuale raccolta e circolazione delle informazioni relative alle principali attività assistenziali (dall'alimentazione e idratazione al controllo delle funzioni fisiologiche,

dalla mobilitazione al supporto alle attività di riabilitazione e di animazione).

Ci è sembrato cioè - e la sperimentazione in atto ci conferma in questo orientamento - che l'OSS dovesse in particolar modo presidiare quegli ambiti di operatività "propri" della figura di base delle nostre strutture, che contribuiscono in modo fondamentale al benessere dei nostri ricoverati: evitando di sollevare i colleghi ASA da responsabilità che restano comunque a loro carico, ma operando come raccordo del gruppo di lavoro e come stimolo ad una globale crescita di competenze professionali e della capacità di rispondere in modo adeguato ad un'utenza sempre più attenta alla qualità del servizio.

4. Qualche considerazione aggiuntiva meritano le prospettive di questa figura professionale all'interno delle RSA. Ci sembra di individuarne due.

Nella prima l'OSS rappresenta un'opportunità di sviluppo professionale e di carriera - in un percorso professionale in precedenza bloccato - di sicuro interesse, non limitato a pochi operatori (proprio la complessità dei bisogni sanitari sopra indicati ci fa ipotizzare, ad esempio, la presenza di un OSS in ogni turno lavorativo per ciascun nucleo), sostanzialmente sostenibile sul piano economico (Di Pietra, 2003).

La seconda prospettiva vede la sostituzione progressiva degli OSS agli ASA nei servizi, con un significativo incremento complessivo della professionalità e delle competenze in ambito sanitario, ma anche con un deciso incremento dei costi per il sistema.

In quest'ultima prospettiva si inquadra la nascita di un'ulteriore figura professionale (l'Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria, già rinominato *operatore socio-sanitario specializzato* o OSSS), il cui profilo professionale è già stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni (2003).

Un modulo formativo complementare "in assistenza sanitaria" affiderebbe a tale figura:

- la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta;
- la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione;
- la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica ripristinando, nei fatti, la vecchia figura dell'infermiere generico.

La convinzione che la complessità dei bisogni dei pazienti richieda una crescita progressiva delle competenze sanitarie all'interno dei nostri servizi ci fa guardare con interesse a questa seconda prospettiva, di una crescita globale della professionalità degli operatori e della possibilità per loro, grazie ad un'ulteriore specifica formazione, di conseguire una maggiore autonomia professionale anche in ambito sanitario.

Non vorremmo però che all'istituzione di una nuova figura, ed all'attivazione dei relativi percorsi formativi, in un settore – la formazione professionale – sempre più liberalizzato e non altrettanto selettivo – non corrispondano l'effettiva volontà e la disponibilità delle relative risorse per affrontare fino in fondo un cambiamento organizzativo così rilevante.

Non vorremmo cioè che si riproponesse la situazione attuale, che vede una sproporzione tra la formazione degli OSS ed il loro effettivo utilizzo, con il rischio di una ricaduta negativa sulle giuste aspettative professionali ed economiche degli operatori di base dei nostri servizi.

BIBLIOGRAFIA

- Capasso S. et al; *Durata della degenza ospedaliera in pazienti anziani con patologie clinicamente instabili negli anni 1991-1995* (studio GIFA). *Giorn. Geront.*, 47, 235, 1999.
- Conferenza Stato-Regioni; *Schema di accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la formazione complementare della figura professionale dell'operatore socio-sanitario in assistenza sanitaria*, 16 gennaio 2003.
- Di Pietra L. *Presente e futuro delle RSA in Lombardia*. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, 2003.
- *Gazzetta Ufficiale* n° 91, 19 aprile 2001.
- Guaita A., Pucci D. *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa*. *Tendenze nuove*; 2-3: 243 - 250, 2001.
- Savini L. et al; *Reingressi ospedalieri e durata della degenza nella AUSL di S. Benedetto del Tronto (variazioni nel corso di 6 anni)*. *Giorn. Geront.*, 47, 223, 1999.
- Senin U. *Paziente anziano e paziente geriatrico*. EdISES, Napoli, 1999.

L'operatore socio-sanitario nelle RSA: una risorsa per l'assistenza agli anziani?

Ermellina Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La figura dell'Operatore socio-sanitario (OSS) era in origine pensata per uniformare sul territorio nazionale il profilo e la formazione degli operatori "di supporto" che nelle diverse Regioni avevano denominazioni (ASA, OSA, AdB, ADEST...), profili e percorsi formativi diversi. Subito dopo l'approvazione del profilo nel gennaio 2001 (Conferenza Stato-Regioni, 2001) la concomitante carenza di infermieri da un lato e i mutati bisogni degli utenti di alcuni servizi, in particolare delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), hanno innescato un corto circuito formativo che, in particolare in alcune Regioni (in primis Lombardia e Veneto) ha messo sul mercato con circa 200 ore di formazione teorico-pratica (rispetto alle 1200 previste dal profilo) i primi OSS, riqualificando gli ausiliari socio-sanitari (ASA) in servizio da almeno tre anni e che avevano ottenuto la qualifica di ASA con un corso di almeno 600 ore teorico-pratiche.

La formazione degli OSS è successivamente proseguita su due binari, quello della riqualifica degli ASA e quello rivolto agli studenti che avevano terminato l'istruzione di base obbligatoria. La formazione è affidata alle agenzie formative regionali (centri di formazione professionale) che si convenzionano con le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali per il tirocinio.

La Regione Lombardia ha provveduto al monitoraggio dei percorsi formativi ed è emersa una sostanziale divergenza di contenuti, di ore dedicate alle diverse discipline e ai contenuti e alla durata dei singoli tirocini. Il risultato è quello di un operatore che forse ha qualche nozione in più, spesso troppo clinica; tuttavia, ancora troppo disomogenea e parcellizzata è la sua formazione e spesso le strutture che lo inseriscono con le competenze e le mansioni previste dal profilo devono prevedere un ulteriore periodo di addestramento/inserimento.

Possiamo dunque affermare che l'OSS, sebbene abbia tutte le potenzialità per esserlo, è una risorsa per i servizi, in particolare per le RSA sempre più chiamate ad assistere anziani fragili, dementi, bisognosi di *care* e di *cure*? E possiamo illuderci che una più efficace risposta ai bisogni complessi degli anziani possa essere garantita dalla sola introduzione di una figura addetta alle cure di base e all'assistenza tutelare?

Certamente ciò non basta; le modificazioni a cui assistiamo per l'effetto congiunto di fattori diversi e interagenti fra loro richiede una risposta più articolata e complessa che non la semplice introduzione di una nuova figura. Schematicamente, si richiamano tre punti che rappresentano i punti di forza per migliorare le cure agli anziani ammalati:

1) La formazione rappresenta certamente una tappa importante per il cambiamento, ma deve essere indirizzata a tutti i professionisti e gli operatori delle *cure* e della *care* e deve riguardare la formazione di base e specialistica, la formazione permanente e continua. Gli infermieri, del cui operato gli OSS rappresentano il supporto, vivono ancora in troppe occasioni la professione come insieme di mansioni e non come assunzione di decisioni su cosa e come fare nelle comuni e meno comuni situazioni assistenziali, coniugando esperienza ed evidenza. È ascrivibile a questa visione della professione da parte degli infermieri l'iniziale (che in alcuni, pochi, casi perdura ancora) resistenza all'introduzione dell'OSS. Ed è altresì riconducibile a questa visione della professione di infermiere l'introduzione della figura dell'OSS specializzato sancito dalla conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 (Conferenza Stato-Regioni, 2003). La specializzazione si sostanzia di fatto nella possibilità di praticare la terapia iniettiva e sorvegliare le fleboclisi. Due

mansioni aggiuntive che certamente non rendono possibile il realizzarsi di quella risposta articolata e complessa che i bisogni degli anziani ospiti delle RSA oggi richiedono e forse rispondono in parte al bisogno di compensare la carenza di infermieri e, a patto che le esigue risorse per quest'area lo consentano, di far progredire la "carriera" (e il trattamento economico) degli OSS (Di Pietra, 2003).

2) La ricerca di modelli per la cura e assistenza degli anziani nei luoghi delle cure continuative è l'altro elemento, frutto e sostanza al tempo stesso della formazione. Se possiamo affermare che il modello per la cura e assistenza del paziente acuto ha raggiunto una buona elaborazione e applicazione, lo stesso non si può dire per quanto riguarda l'elaborazione e la sperimentazione di modelli per l'area della cronicità. Non si tratta solamente di un problema che riguarda i professionisti, la stessa società e la politica fanno fatica a trovare un accordo per trovare un sistema di finanziamento di quest'area che renda possibile assicurare a questi, sempre più numerosi soggetti, il diritto alla salute e alle cure (Zanetti, 2001).

3) La programmazione del numero di OSS da formare (specialisti e no) e da inserire nelle équipes delle RSA rappresenta un ulteriore elemento necessario per la valutazione dei costi che dovranno essere sostenuti per la riqualificazione/formazione di questo operatore, che dovranno essere considerati nella valutazione costo/beneficio sulla qualità e sugli esiti delle cure.

Nell'ambito delle attività condotte dal nostro gruppo abbiamo sperimentato l'introduzione della figura dell'OSS in un nucleo di una RSA coinvolgendo tutti gli operatori e introducendo sostanziali modificazioni organizzative volte ad ottimizzare il lavoro dei professionisti e degli operatori e a migliorare alcuni indicatori di outcome assistenziali. La sperimentazione ha coinvolto un nucleo di 32 posti-letto di una RSA della Lombardia, è durata un anno ed è stata preceduta ed accompagnata da un'intensa attività di formazione (120 ore) volta sia a migliorare le conoscenze sia ad elaborare il modello assistenziale da utilizzare e gli strumenti organizzativi successivamente implementati. La sperimentazione ha previsto, infatti,

l'implementazione di un nuovo piano di attività che rendesse evidenti le attribuzioni e le collaborazioni tra le diverse figure che operavano nel nucleo e l'implementazione di linee guida e protocolli per specifici problemi clinici e assistenziali. L'obiettivo specifico della ricerca era quello di verificare se, attraverso una diversa organizzazione dei compiti che prevedeva una netta distinzione tra ciò che era attribuito agli ASA e agli OSS, consentendo agli operatori di realizzare interventi specifici e qualificati in risposta ai bisogni delle ospiti, migliorava significativamente la qualità complessiva del servizio reso misurata attraverso alcuni specifici indicatori: miglioramento di alcune performance funzionali, riduzione della contenzione fisica e del numero di ospiti giudicate affette da incontinenza urinaria (Conn, 2002). Si è inoltre valutato l'impatto della nuova organizzazione del lavoro all'interno del nucleo sulla soddisfazione espressa dagli operatori.

Il nucleo assistenziale oggetto della sperimentazione ha una capacità ricettiva di 32 ospiti ed è stato scelto in base ai seguenti criteri:

- gravità funzionale delle ospiti che determinava un elevato carico assistenziale per gli operatori;
- complessa articolazione strutturale del nucleo;
- disponibilità degli operatori a condurre la sperimentazione

Nel nucleo operava stabilmente un organico di 8 ausiliari socio-assistenziali (ASA), 4 operatori socio-assistenziali, 2 infermieri (di cui uno con funzioni di capo-sala) e 1 medico. Inoltre, seguono stabilmente le ospiti del nucleo un terapeuta della riabilitazione e un'animatrice. Mediamente sono presenti nel nucleo al mattino 3 ASA, 1 OSS e un infermiere, al pomeriggio 2 ASA, 1 OSS e un infermiere e la notte un OSS.

La sperimentazione condotta nel nucleo si è realizzata attraverso:

- la valutazione delle condizioni clinico-funzionali delle ospiti all'inizio e alla fine della sperimentazione;
- la valutazione della soddisfazione degli operatori all'inizio e alla fine della sperimentazione;
- l'implementazione di linee guida e protocolli per specifici problemi clinici e assistenziali;
- l'implementazione di un nuovo piano di attività;
- l'affidamento ad un operatore di una ditta esterna

di parte delle attività di sanificazione ambientale e l'introduzione di nuove procedure e strumenti per la sanificazione.

Nel periodo della sperimentazione si è provveduto ad identificare le aree critiche rappresentate da:

- comportamenti difforni tra gli operatori nel realizzare interventi altamente standardizzabili e proceduralizzabili (igiene dell'ospite, sanificazione ambientale);
- problemi ricorrenti e mai sistematicamente affrontati (necessità di contenere fisicamente l'ospite, lesioni da decubito, incontinenza urinaria).

Individuate le criticità, secondo un criterio di priorità definito in base alla frequenza del loro manifestarsi, si è provveduto attraverso un processo sistematico a definire i seguenti protocolli:

- protocolli per le cure igieniche delle residenti;
- protocollo per la valutazione dell'incontinenza urinaria.

Per affrontare i problemi più complessi si è decisa l'adozione di linee guida, prodotte da gruppi di lavoro accreditati o da agenzie specializzate:

- Linee guida per la contenzione fisica;
- Linee guida per la prevenzione delle lesioni da decubito;
- Linee guida per il trattamento delle lesioni da decubito.

Durante la sperimentazione si è provveduto ad implementare nella pratica assistenziale gli strumenti descritti.

Per la raccolta delle informazioni relative alle condizioni clinico-funzionali delle ospiti è stato elaborato un *Minimum Data Set* che comprende: caratteristiche socio-demografiche; stato mentale (*Mini-Mental State Examination*); stato funzionale (Indice di Barthel); stato di salute somatica (*Cumulative Illness Rating Scale-CIRS*); gravità e sede delle lesioni da decubito eventualmente presenti; assenza/presenza, tipologia di incontinenza urinaria e utilizzo dei presidi per l'incontinenza; utilizzo della contenzione fisica; cadute occorse alle ospiti; analisi di alcuni output (durata della degenza, exitus e dimissioni). La valutazione delle condizioni clinico-funzionali delle ospiti è stata condotta all'inizio e alla fine della sperimentazione.

Il nucleo ospitava una popolazione esclusivamente femminile con un'età media di $84,9 \pm 8,1$ anni (range

47-95) e una permanenza media in struttura di $25,2 \pm 26,1$ mesi (range 1-103).

Nel nucleo, nel periodo considerato, su una disponibilità di 32 posti letto, sono state ospitate 43 anziane. Delle 43 ospiti, 24 sono rimaste nel nucleo durante tutto il periodo della sperimentazione e hanno costituito il campione dello studio, 7 (17,5%) sono decedute, 1 anziana è stata dimessa, 1 trasferita in un altro nucleo della RSA.

Le 24 ospiti che costituiscono il campione hanno un'età media di $83,8 \pm 8,4$ e una permanenza media di $24,1 \pm 28,2$ mesi, sono gravemente compromesse nelle abilità funzionali e cognitive (punteggio medio totalizzato al Barthel: $20,1 \pm 24,6$, MMSE: $11,5 \pm 12,0$) e 20 (83,3%) ospiti utilizzano superfici assorbenti perché incontinenti.

I cambiamenti organizzativi e gli strumenti introdotti hanno contribuito ad una significativa riduzione della percentuale di ospiti affette da incontinenza (dall'83% al 58%, $p < 0,0001$) con una conseguente significativa diminuzione dei costi giornalieri per le superfici assorbenti (da € 43,00 a € 35,00, $p < 0,0001$). Inoltre, l'attenzione all'ospite, la frequente mobilitazione, la deambulazione assistita, la riduzione della contenzione fisica si è concretizzata in un significativo miglioramento dello stato funzionale: da un punteggio medio al Barthel di $20,1 \pm 24,6$, ad un punteggio di $24,6 \pm 29,1$ ($p < 0,001$). La maggior attenzione dedicata dal personale alle ospiti ha inoltre permesso di ridurre il comune atteggiamento di sostituirsi all'ospite nell'espletare alcune funzioni "per fare più in fretta", consentendo l'espressione di abilità funzionali ancora conservate.

Anche l'indicatore relativo all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica, che riflette un atteggiamento custodialistico, una scarsa personalizzazione dell'assistenza e un'ulteriore riduzione di abilità funzionali, si è positivamente modificato: i dati mostrano che, durante il periodo della sperimentazione, non si è reso necessario continuare a ricorrere alla contenzione fisica e la durata della contenzione espressa in ore si è modificata: durante il giorno, si è assistito ad una diminuzione di tre ore (da $9,2 \pm 5,2$ a $6,4 \pm 4,1$, $p < 0,001$) mentre, durante la notte, di due ore (da $14,3 \pm 5,1$ a $12,9 \pm 3,0$, $p < 0,003$).

Gli operatori sono molto soddisfatti del gruppo di lavoro cui appartengono e ritengono che il lavoro di

équipe, il coordinamento e il rapporto professionale instaurato influenzi positivamente i risultati. Il personale ritiene che la sperimentazione abbia migliorato l'organizzazione del proprio nucleo; in particolare il personale ritiene che:

- gli strumenti attualmente a disposizione facilitino il lavoro;
- l'attuale organizzazione dei compiti consenta di svolgere meglio le attività previste;
- i cambiamenti organizzativi abbiano migliorato il rapporto con le ospiti.

L'introduzione dell'OSS nelle RSA può certamente rappresentare una risorsa per l'assistenza all'anziano a condizione che l'obiettivo non sia la mera attribuzione di attività non più svolte dall'infermiere, ma la qualità delle cure misurata attraverso indicatori di risultato che rendano ragione del lavoro dei singoli e dell'équipe, lavoro che si realizza con gli interventi sull'ospite, ma anche attraverso l'organizzazione delle

cure, la formazione di tutti gli operatori in un percorso che si rinnova e si modifica con il rinnovarsi e il mutare del bisogno.

BIBLIOGRAFIA

- Conferenza Stato-Regioni: Schema di accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione. 22 febbraio 2001.
- Conferenza Stato-Regioni: Schema di accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la formazione complementare della figura professionale dell'operatore socio-sanitario in assistenza sanitaria. 2003.
- Conn VS, et al. *Evidence - Based Practice for Gerontological Nursing*. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(2), 45-52, 2002.
- Di Pietra L. *Presente e futuro delle RSA in Lombardia*. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, 2003.
- Zanetti E. *Un nuovo operatore per le RSA*. *Geriatric Nursing*, 1: 1; 2001.

Considerazioni su efficacia ed accettabilità di un dispositivo esterno per la prevenzione delle fratture dell'anca nell'anziano

Giovanni Bigatello

Istituto Geriatrico Ca' d'Industria ed Uniti Luoghi Più - Como

INTRODUZIONE

La frattura dell'anca in struttura protetta si verifica con una frequenza pari allo 0,39-2,9/posto-letto/anno, e rappresenta una delle principali cause di mortalità, di morbidità e di decadimento funzionale nell'anziano ricoverato (Tinetti, 2002). Da ciò deriva la grande attenzione posta nell'individuare i fattori che maggiormente possono determinare la caduta (Tabb. 1 e 2). Tuttavia, se alcuni di essi appaiono correggibili o addirittura eliminabili, altri risultano francamente imm modificabili (come, ad esempio, la somministrazione di alcuni farmaci o la condizione di demenza), sicché per una certa quota di anziani il rischio di caduta (e di conseguenza di frattura dell'anca) continuerà a rappresentare una minaccia reale.

Poiché la frattura dell'anca è dovuta nella maggioranza dei casi a un trauma diretto da caduta, appare di grande interesse la messa a punto di un dispositivo esterno (*hip protector*) da applicare sull'anca in modo da assorbire l'energia sviluppata e l'impatto, deviandoli dalla zona del grande trocantere verso i tessuti molli circostanti.

In uno studio condotto da un gruppo danese su anziani residenti in case di riposo (Lauritzen et al., 1993), tale dispositivo ha ridotto il rischio di frattura dell'anca. Più recentemente, un ampio studio policentrico finlandese condotto su oltre 1700 anziani che presentavano un elevato rischio di cadute, riportava una riduzione del 60% del rischio di frattura, con un NNT (numero di soggetti da trattare affinché si eviti la comparsa di un evento) pari a 41 (Kannus et al., 2001), grazie al dispositivo di protezione esterna (Fig. 1).

Tabella 1 Principali fattori di rischio individuali

- Pregressa frattura da caduta
- Cadute negli ultimi 3 mesi
- Deambulazione difficoltosa/equilibrio precario
- Uso di ausili per camminare
- Wandering
- Demenza o riduzione delle capacità cognitive
- Riduzione del visus
- Storia di patologie cardiovascolari
- Uso di farmaci psicotropi
- Uso di diuretici ed ipotensivi
- Disturbi del sonno (si alza frequentemente di notte)

Tabella 2 Principali fattori di rischio ambientali

- Scarsa illuminazione
- Pavimenti sdruciolevoli
- Pavimentazione sconnessa
- Disegni ingannevoli sul pavimento
- Presenza di ostacoli
 - fissi (gradini)
 - mobili (tappeti, carrelli, suppellettili, carrozzine, ecc.)

Lo studio peraltro segnalava come la compliance al dispositivo non fosse elevata: circa il 50% dei soggetti eleggibili aveva rifiutato di indossare *hip protector*, mentre quasi la metà delle fratture verificatesi nel gruppo trattati (9/21) era occorsa mentre il soggetto non indossava il dispositivo.

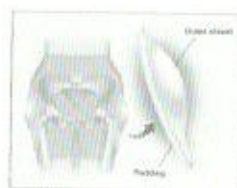


Fig. 1



Fig. 2

MATERIALI E METODI

Partendo da questi presupposti e considerando che nella nostra struttura (circa 360 posti-letto) si verificano 8-10 fratture dell'anca per anno, abbiamo condotto uno studio su pazienti ad elevato rischio di cadute, allo scopo di verificare:

- 1) l'accettabilità del dispositivo in una popolazione composta prevalentemente da soggetti con deficit cognitivo;
- 2) il grado di protezione offerto dallo strumento.

Nello studio sono stati inclusi i pazienti che presentavano almeno tre fattori di rischio per caduta, ritenuti più indicativi. Come *hip protector* è stato scelto il modello *Safehip* della ditta *Tielle*, commercializzato dalla *Hospital furniture srl*. Esso è composto da una coppia di "conchiglie" dure, ma flessibili, di forma convessa, inserita in mutande elastiche, in modo da ricoprire stabilmente la sporgenza del grande trocantere (Fig. 2).

Dopo randomizzazione, i soggetti sono stati inclusi nel gruppo trattati con *Safehip* o nel gruppo controllo. Lo studio, iniziato nel marzo 2001, si è protratto per un anno.

RISULTATI

Accettabilità

Safehip è stato proposto a 54 pazienti che ottemperavano ai criteri di inclusione e di randomizzazione. Quattordici soggetti hanno rifiutato il dispositivo e sono stati inseriti nel gruppo controllo, che è risultato composto da 66 persone. Sono stati pertanto trattati 40 pazienti su 54 eleggibili (70%).

Di questi, 5 (14,7%) hanno abbandonato il trattamento dopo 1 mese a causa della "scomodità" del dispositivo. La percentuale di accettabilità risulta pari al 64,8%. Vi è da segnalare che non si sono verificati rea-

zioni allergiche o altri disturbi, segnalati nei precedenti studi (Bigatello et al., 2001).

Fratture

Al termine dell'anno si sono verificate 2 fratture dell'anca nel gruppo trattato (5%) e 5 nel gruppo dei controlli (7,5%). Da notare che una frattura del gruppo trattato si è verificata mentre il soggetto non indossava il dispositivo. Il numero di soggetti da trattare per prevenire un evento (NNT) è risultato pari a 40.

Costi

Un dispositivo costa, al momento del nostro acquisto, circa 80 euro, prezzo ridotto al 50% grazie all'elevato numero di dispositivi acquistati.

Ne consegue che, facendo pari a 3 il numero dei dispositivi che in media un soggetto consuma in un anno, il costo totale per anno per 40 soggetti è pari a 4.800 euro. Al momento attuale (giugno 2003) sono state acquistate - a partire dal gennaio 2001 - 160 paia di *Safehip* con una spesa totale di circa 6.400 euro in due anni e mezzo.

CONSIDERAZIONI

L'**accettabilità** del dispositivo è risultata buona e superiore a quanto riportato nelle precedenti ricerche. Tuttavia, non v'è dubbio che le mutande in cui sono inserite le conchiglie - essendo piuttosto aderenti - presentano una vestibilità e una confortevolezza non ottimale, fattori che ne limitano certamente l'uso e che comunque richiedono l'intervento del personale di assistenza.

Va inoltre segnalato che l'accettabilità è proporzionale allo sforzo fatto dal personale per indurre i pazienti a utilizzare il dispositivo. L'accettabilità comunque risulta più elevata nei soggetti che già indossano il pannolone perché incontinenti. Nei continenti si è dimostrato scomodo indossare e togliere il dispositivo per recarsi in bagno.

Manutenzione

È evidente che il dispositivo deve essere sottoposto a frequenti lavaggi: pur essendo resistente e facile da lavare, se finisce accidentalmente in lavatrice ad alta temperatura (o in centrifuga), le conchiglie si deformano e divengono inutilizzabili. Il capo perciò deve

MATERIALI DI LAVORO

essere lavato a mano in acqua tiepida, e questo per il personale di assistenza è un lavoro aggiuntivo.

Il **grado di protezione** è sicuramente elevato e tale da farne ritenere consigliabile l'uso in malati particolarmente a rischio.

Tuttavia, la protezione risulta inferiore a quella ipotizzabile, perché nessuno indossa il dispositivo 24 ore al giorno: ad esempio, viene tolto al momento di coricarsi. Purtroppo, molte persone durante la notte si alzano, non peritandosi certamente di indossare il dispositivo. È proprio di notte che i malati sono maggiormente a rischio di caduta, come è stato ripetutamente segnalato e come si è verificato anche nel nostro studio.

Infine, i **costi**. Se il costo individuale di circa 120 euro all'anno (40 euro x 3 paia) non sembra elevato, il costo complessivo che una struttura deve stanziare onde proteggere in misura ragionevole i propri assistiti, è comunque di un certo peso (migliaia di euro a seconda delle dimensioni della struttura). Bisogna anche considerare che il costo bruto della frattura (degenza ospedaliera, eventuale protesi, ecc.) non viene a gravare sui conti dell'istituto. Pertanto, il risparmio offerto dal minor numero di fratture non apporterebbe alcun beneficio a chi si è accollato la spesa della prevenzione, se non in termini di minor assistenza richiesta da chi è integro.

E in effetti, il nostro è uno dei pochi Enti che si è sobbarcato questo programma di prevenzione.

Tuttavia, queste considerazioni economiche non comprendono ciò che la frattura dell'anca può rappresentare per la singola persona: rischio di morte, sequela di sofferenze anche morali, che non possono essere espresse unicamente in termini monetari. Spesso la frattura dell'anca è la linea di confine tra autonomia e dipendenza, tra benessere e tribolazione, tra una vita ancora attiva e una vita da invalido.

In un simile contesto, qualsiasi misura si dimostri realmente in grado di prevenire quest'evento (come questo dispositivo), deve essere presa in seria considerazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bigatello G., Fresca P., Parani P. et al. *Accettabilità ed efficacia di un dispositivo esterno per la prevenzione delle fratture dell'anca nell'anziano: dati preliminari*. Giorn. Geront.; 7: 331-332, 2001.
- Kannus P., Parikkari J., Nemi S. et al. *Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector*. N. Engl. J. Med.; 343: 1506-1513, 2001.
- Lauritzen J.B., Petersen M.M., Lund B. *Effect of external hip protectors on hip fractures*. Lancet; 341: 11-13, 1993.
- Tinetti M.E. *Preventing falls in elderly persons*. N. Engl. J. Med.; 348: 42-49, 2002.

Le attività della vita quotidiana: da semplice assistenza a occasioni di promozione del benessere

Gianna Carella

Fondazione "Cenci Galligani", Istituto Geriatrico "C. Golgi", Abbiategrasso

PRIMO OBIETTIVO: LIBERARE IL TEMPO

Il tempo è uno dei beni più preziosi che possiamo dare agli anziani, specie se dipendenti nelle attività della vita quotidiana. Il tempo nelle RSA è prezioso non solo in senso metaforico e relazionale, ma anche economico e gestionale. Se contiamo le persone che ci sono in un nucleo in un dato momento della giornata e lo dividiamo per il numero degli anziani residenti nel nucleo, troviamo la quantità effettiva di tempo che dedichiamo all'anziano. I dubbi vengono perché è facile osservare che i compiti che attengono all'assistenza comportano una quantità di azioni che non sono direttamente rivolte all'anziano né sono da lui percepite come tali, anche se, indubbiamente, a lui utili. Ad esempio, rifare i letti è certamente una cosa utile. Ma:

- 1) è rivolta a un oggetto e non alla persona,
- 2) quasi sempre il soggetto beneficiario si trova in una stanza di soggiorno mentre la sua camera viene riordinata.

Nessuno può discutere ad esempio, ancora, l'utilità del controllo dell'armadietto farmaceutico di nucleo, o la necessità che qualcuno compili le richieste per l'approvvigionamento del reparto. Ma a questo vanno aggiunti anche tutti i percorsi che quotidianamente si fanno per rispondere ai molteplici bisogni di chi è residente, oltre che degente, nel nucleo. Se si sporca una camicia bisogna andare a prenderne un'altra, se manca improvvisamente lo zucchero, se si rompe un piatto ecc. E poi, la necessità di investire tempo adeguato per le consegne (per la privacy in luogo appartato e chiuso) ed infine, che diamine, un momento nella giornata di pausa per un caffè; e poi bisogna riordinare piatti e stoviglie in cucina. Sono in realtà moltissimi i momenti in cui il nostro tempo è impegnato, legittimamente, ma

lontano dal malato. Se si misura tutto per bene si vede che raramente questo tempo è più del 50% del lavoro! Se vogliamo migliorare la qualità relazionale del nostro lavoro, la prima risposta di tutti è la mancanza di tempo, e di conseguenza la necessità di più personale. Talvolta, raramente, questo è vero al punto da impedire ogni miglioramento. Spesso occorre spostare lo sguardo dal tempo impiegato per l'organizzazione, ma percepito dal malato come tempo dedicato ad altre cose.

Il primo miglioramento non è l'intensificazione delle operazioni contenute nel tempo "percepito", ma la diminuzione di tutte le operazioni inefficaci. Queste ultime possono essere ridotte con l'organizzazione e la tecnologia, senza diminuire la qualità di quello che viene offerto (ad esempio, se i letti vuoti li rifacesse un robot, non ci sarebbe differenza percepita di qualità assistenziale).

La prima parte della mattinata è la più intensa, per il concentrarsi di operazioni necessarie al benessere della persona, per cui l'attenzione è stata prioritariamente posta su alcune delle attività che si realizzano in questo spazio di tempo (Wells, 2000).

La colazione

In molte RSA di grandi dimensioni, o nell'ospedale, i tempi della colazione implicano un impegno del personale per il trasporto dei carrelli (contenitori del latte, caffè, tè) nel momento meno opportuno poiché massima è la richiesta di attenzione da parte delle persone dipendenti per l'igiene personale.

Abbiamo risolto la situazione adottando in tutti i 10 reparti dell'istituto dei riscaldatori termostatici con distributore, simili a quelli che ormai usano gli alberghi per la colazione "self service". In pratica, la colazione

ESPERIENZE

viene preparata già dal personale del turno notturno. Sono stati così aboliti i percorsi di approvvigionamento, con:

- immediata e sicura disponibilità in reparto della colazione;
- temperatura sempre ottimale per tutti i malati;
- non necessità di affrettare i tempi per timore di dover riscaldare le bevande;
- minore spreco, riduzione dei consumi;
- percezione di miglior qualità dei pazienti e del personale.

Rifacimento letti

Non diversamente dalle abitazioni civili, l'introduzione di lenzuola con angoli elastici ha consentito di:

- ridurre il tempo e le operazioni necessarie per fare il letto;
- ridurre la formazione di pieghe deleterie per la cute dell'anziano;
- migliorare il comfort.

È chiaro che per altre operazioni direttamente rivolte alla persona, il significato del tempo può essere addirittura inverso: dare più tempo significa maggiore qualità. Ma anche in questi casi occorre attenzione alle proposte tecnologiche per poter dare benessere, senza aumentare il tempo necessario. È il caso del terzo esempio:

Salviettine detergenti

Vi sono in commercio prodotti per l'igiene cutanea, specie intima, del mattino, simili a quelli in uso per i bambini. La composizione dei prodotti migliori, non comporta l'uso di alcoli o tensioattivi, e non necessita quindi di deterzione o asciugatura successiva. Quindi, in una unica operazione si effettua un'igiene efficace. Questo ha permesso:

- di ridurre i tempi di percorrenza per rifornire il carrello dell'igiene mattutina;
- di ridurre il tempo per le operazioni dell'igiene mattutina;
- di essere più indipendenti dalla disponibilità di fonti di acqua;
- di risparmiare su asciugamani, manopole, traverse;
- di ridurre arrossamenti o disidratazioni cutanee risparmiando sull'uso di pomate e creme protettive e idratanti;
- di aumentare la sensazione di benessere e la qualità percepita dall'anziano.

Quindi, un'operazione a costo zero, in quanto la spesa dell'acquisto di salviettine è stata bilanciata dal risparmio di materiale di lavanderia e di tempo infermieristico e assistenziale, con miglioramento soggettivo e oggettivo.

Tutto questo ha anche aumentato la soddisfazione del personale.

SECONDO OBIETTIVO: COME USARE IL TEMPO LIBERATO

È esperienza comune che il tempo che si rende disponibile in seguito ad un miglioramento organizzativo o tecnologico, viene "perso" semplicemente diluendo i tempi di ciò che si fa. Per evitare questo esito prevedibile, occorre che il gruppo di lavoro si dia altri obiettivi di qualità. Il nostro impegno attuale per formulare questi obiettivi, è partito da due considerazioni:

- nell'esperienza maturata con i malati di Alzheimer si è messo in discussione il concetto stesso di assistenza e di operazione assistenziale. Tutte le attività della vita quotidiana possono in realtà essere vissute e proposte come attività piacevoli e gratificanti oppure come "assistenza" a seconda di come vengono eseguite. Vestirsi, mangiare sono per tutti noi, momenti piacevoli. Lo possono diventare anche per gli anziani dipendenti, rivalutando la modalità di esecuzione in modo da farne un momento di stimolo e di gratificazione, con un ampio significato relazionale. Non è pensabile sviluppare proposte di attività ludiche o creative, se prima di tutto non abbiamo condotto un'operazione di valorizzazione profonda di ciò che quotidianamente accade e che dà il valore primo alla persona.
- La pianificazione, anche personalizzata, degli interventi e delle attività riconosce delle soglie troppo basse a cui fermarsi, almeno nel nostro istituto. Gli elementi "superflui", ma necessari (Oscar Wilde: "datemi il superfluo e rinuncerò volentieri all'indispensabile"), introducono note di piacevolezza non routinaria nelle operazioni del mattino. L'accosciatura, il profumo, i gioielli, il trucco aggiungono una nota di piacere all'igiene, che spesso, aiuta a mantenere l'autostima. In questo senso anche tutte le attività di stimolazione passiva aggiungono sensazioni sulla stessa linea di piacevolezza. Lo Shiatsu-do, ad esempio ha riscosso notevole successo. Chunque, una volta nella sua vita sia stato accarezza-

to, sa che non vi è nulla di "passivo" nell'essere toccati. Così non esistono stimoli passivi nella vita degli anziani dipendenti che vivono nelle RSA. Ogni volta che ci avviciniamo e stabiliamo un contatto, dobbiamo farlo con la consapevolezza che fra una carezza ed uno schiaffo vi è solo una piccola differenza, ma in questa differenza sta tutto, il loro e il nostro mondo.

Il tempo infermieristico *liberato* viene reinvestito in programmi e strategie di conferma della dignità della persona, rivisitata e rivitalizzata attraverso il suo passato, i suoi ricordi, l'integrazione con il presente, il possibile futuro, con l'obiettivo di ottenere per gli ospiti più

soddisfazione, più motivazione, più capacità e quindi più salute; e per gli operatori più professionalità, più responsabilità, più coinvolgimento emotivo nelle cure.

BIBLIOGRAFIA

- Guaita A. I "Nuclei Speciali di cura" per i malati di Alzheimer ed altre demenze: indicatori di qualità dell'intervento. *G. Geront.* 48:42-47, 2000.
- Wells D. L., RN, PhD, Dawson P., RN, MN, Sidani S. et al. Effects on abilities focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. *J. Am. Geriatr. Soc.*; 48:442-449, 2000.

L'ipodermoclisi

Renzo Bagarolo

Direzione Sanitaria Istituto Piccola Cottolengo don Onione - Milano

La somministrazione di liquidi e terapia per via sottocutanea (ipodermoclisi) ha sempre trovato molta resistenza e difficoltà ad affermarsi nella pratica quotidiana degli operatori sanitari, nonostante la evidente praticità di somministrazione e la maggior tollerabilità del paziente. Il motivo di ciò è sfuggente e non sempre dichiarato.

Che vi sia a monte un pregiudizio infondato o un difetto di cultura assistenziale?

La pratica dell'ipodermoclisi ha trovato negli anni e trova ancora un grande ostracismo soprattutto in ambito di cura e gestione delle acuzie (ad es. ospedale). Se ciò può trovare una ragione nelle procedure di correttezza pratica nella gestione delle urgenze e delle acuzie, questa ragione non può essere adottata per la gestione del paziente in condizione di sub-acuzie o cronicità. Diversi lavori apparsi in letteratura negli ultimi anni tendono a indicare l'ipodermoclisi come pratica da rivalutare e privilegiare nella supplementazione di liquidi nel paziente cronico o terminale ed in situazioni di disidratazione lieve-moderata nell'anziano "fragile" (Dasgupta et al., 2000). In particolare, questo vale per ambiti diversi da quelli ospedalieri come le residenze riabilitative o di lungodegenza, l'hospice e le cure domiciliari (Huang e Judith, 2000).

DEFINIZIONE

L'ipodermoclisi è una tecnica di somministrazione sottocutanea di liquidi ed in qualche caso farmaci (oppioidi).

SEDE

Le sedi di infusioni preferibili sono quelle con maggior drenaggio e miglior assorbimento come le cosce, i quadranti inferiori dell'addome, l'area interscapolare e sottoclavicolare, da evitare invece sono le braccia e la zona ascellare <http://www.geriatria.unimo.it/ipodermo.htm>.

MODALITÀ

Garantire l'asepsi della manovra tramite sterilizzazione della zona cutanea, inserire l'ago-cannula (21-25 G butterfly) con un angolo di circa 45° (meglio pinzare con le dita la plica sottocutanea), fissare l'ago-cannula con cerotto ed un eventuale bendaggio della zona in modo da permettere di vedere la cute sottostante (eventuale comparsa di segni di irritazione locale). Ogni sito di iniezione può essere mantenuto per 48-72 ore. La velocità di infusione può variare da 60 a 100 ml/h. È quindi possibile somministrare 1,5 lt. nelle 24 h in ogni sito di applicazio-

ne, non più di 3 lt. nelle 24 h in due siti differenti tenendo sempre presente la possibilità di un eccessivo apporto idrico. La durata di somministrazione può giungere anche ad una decina di giorni.

Si possono somministrare soluzioni iso-ipotoniche (0,9% o 0,45% di sodio cloruro), destrosio al 5% (meglio se in associazione a 1/3 di soluzione salina per evitare un eccessivo richiamo di fluidi e indurre ipovolemia). È possibile infondere fino a 40 mEq/l di potassio cloruro. È stato dimostrato che la somministrazione sottocutanea di amminocidi aumenta la loro concentrazione plasmatica in modo simile alla loro somministrazione parenterale. Non è idonea all'infusione di colloidali.

INDICAZIONI

Idratazione in situazione di disidratazione lieve-moderata, supplementazione di liquidi in caso di febbre, infezioni, assunzione insufficiente o rischiosa (disfagia, demenza e presenza di disturbo comportamentale, stato terminale), terapia del dolore (oppioidi).

VANTAGGI

L'ipodermoclisi, quando ben gestita, si è dimostrata ugualmente efficace e meno invasiva rispetto alle infusio-

ni per via venosa, è meno dispendiosa e richiede una minima sorveglianza (può essere gestita anche da personale paramedico non altamente specializzato), è meglio tollerata dal paziente (minor ricorso alla contenzione e minore immobilizzazione), induce minor rischio di sovraccarico cardiocircolatorio.

In particolare, permette una somministrazione di liquidi nelle situazioni peculiari in cui non è possibile effettuare terapia endovenosa periferica o centrale.

LIMITAZIONI

L'ipodermoclisi non può essere utilizzata in condizioni di emergenza o acuzie (shock, ipovolemia, disidratazione grave, terapia intensiva), non è indicata in caso di grave ipoalbuminemia, insufficienza renale acuta, stato di eccessiva ritenzione di liquidi o con necessità di introduzione controllata di liquidi.

EFFETTI AVVERSI

I più comuni da considerare sono le reazioni cutanee locali (edema locale, infiammazione, cellulite, necrosi tissutale), non accettabilità da parte del paziente con aumento dello stato di agitazione, possibili episodi di sovraccarico di liquidi, alterazioni del quadro elettrolitico (iponatremia).

Queste situazioni sono facilmente rimediabili tramite massaggio locale, riduzione della velocità di infusione, diversificazione della sede di infusione (Apostoli e Zanetti, 2003).

CONCLUSIONI

L'utilizzo dell'ipodermoclisi dovrebbe essere implementato nelle cure a lungo termine, in condizioni di sub-acuzie e cronicità, sia all'interno delle strutture residenziali che al domicilio.

Vi sono dati di evidenza in letteratura che ne stabiliscono efficacia, sicurezza, tollerabilità e praticità; l'ipodermoclisi può essere considerata a tutti gli effetti una valida alternativa alla via endovenosa in situazioni clinico-assistenziali molto frequenti nell'anziano "fragile", nel paziente cronico e terminale.

BIBLIOGRAFIA

- Apostoli A., Zanetti E.: *L'idratazione nel paziente geriatrico: il confronto tra l'ipodermoclisi e l'infusione endovenosa di liquidi. I risultati di uno studio randomizzato*. Geriatric Nursing, 3 2, 2003.
- Dasgupta M., Binns M.A., Rochon P.A.: *Subcutaneous Fluid Infusion in a Long-Term Care Setting*. JAGS, 48: 795-799, 2000.
- <http://www.geriatrics.unimo.it/ipodermo.htm> (Luglio 2003)
- Huang Z.B., Judith C. Ahronheim: *Nutrition and Hydration in terminally ill patients (An Update)*. Clinics in Geriatric Medicine, 16(2):313-323, 2000.

Luciano Di Pietra

Presente e futuro delle RSA in Lombardia

Ediz. Gruppo di Ricerca Geriatrica

Le apparenze talvolta ingannano. È il caso del volume di Luciano Di Pietra che presenta la situazione attuale e futura delle RSA della Lombardia. La snellezza del testo, ad uno sguardo superficiale, rischia di non far cogliere tutta la ricchezza contenuta in queste pagine in grado di offrire una puntuale lettura del quadro legislativo accanto a significative indicazioni di sviluppo della rete dei servizi per la popolazione anziana. Se lo sguardo, però, si fa appena più attento, si coglie immediatamente la profondità dell'analisi e l'ampiezza della prospettiva offerta.

La riflessione sulle RSA si colloca in un più ampio quadro di riferimento legislativo nel quale va sempre più affermandosi il "welfare di comunità". Questa nuova organizzazione del welfare si fonda sul principio di leale collaborazione dei vari soggetti del sistema delle autonomie di ciascun territorio, vede concorrere al raggiungimento della tutela della salute e della garanzia di protezione sociale tutte le risorse organizzative, imprenditoriali, umane, finanziarie della comunità e richiede il superamento dell'organizzazione dei servizi limitata alla dimensione comunale per promuovere una piena valorizzazione della dimensione distrettuale. I dati raccolti evidenziano il successo di un'esperienza obbligato-

ria di associazionismo comunale e di programmazione negoziata e tendono a suggerire che, almeno per tutte le tipologie di servizi a rete, la gestione associata possa essere un'opzione praticabile i cui vantaggi superano abbondantemente i costi (pag. 17).

Poiché siamo di fronte a radicali cambiamenti nella composizione della domanda di salute che si caratterizzerà sempre più sul versante delle cure continuative, la sfida che si pone è quella di rendere il welfare più leggero e quindi più sostenibile. Per questa sfida Luciano Di Pietra ci offre interessanti pagine dove si approfondiscono temi come il necessario riequilibrio tra le diverse componenti del welfare, la ridondanza della rete ospedaliera e la sufficienza, ad oggi, delle RSA, i fattori di cambiamento delle politiche tariffarie, le modificazioni avvenute nella composizione della domanda e dell'offerta, la situazione delle infrastrutture che nel decennio degli anni '90 ha riquilibrato il 20% della rete oltre ad un'espansione del 15% per un totale di 44.000 posti accreditati. L'intreccio di questi numerosi e complessi fattori si colloca nel passaggio del welfare da "state" a "community": *un'evoluzione necessaria, ma difficile, positivamente orientata ma costretta a superare fenomeni contrastanti e tendenze che possono far regredire gli equilibri appena conquistati (pag. 24).* E che

pertanto richiede competenza e conoscenza della realtà.

Il secondo capitolo dopo aver analizzato il ruolo e la trasformazione giuridica delle IPAB, ormai in atto, approfondisce, con utili tabelle riassuntive, i nuovi criteri per l'accreditamento in riferimento agli standard gestionali e strutturali e i nuovi sistemi di remunerazione.

Di particolare interesse la parte concernente lo sviluppo qualitativo delle RSA. *Il futuro delle RSA sarà caratterizzato da un contesto animato da una pluralità di soggetti organizzativamente resi omogenei dalla comune configurazione aziendale. In questa galassia di aziende la competizione sarà elevata e crescente e la possibilità di sopravvivenza e di sviluppo sarà dipendente dal grado di competitività che ogni singola azienda RSA saprà manifestare nei confronti delle aziende concorrenti (pag. 54).*

Alle RSA sarà pertanto richiesta una maggiore duttilità rispetto al passato, evolvendo da luoghi di produzione monotona di residenzialità continuativa a centri multi-servizi attraverso la specializzazione dei nuclei, la territorializzazione delle prestazioni, l'esternalizzazione e la voucherizzazione (qui la lingua italiana esprime un lamento!) delle cure domiciliari. Su ciascuno di questi aspetti il testo si sofferma per una opportuna analisi della strada percorsa e per indicare pro-

spettive di grande utilità per quanti sono deputati alla programmazione e gestione dei servizi.

Da ultimo, lo sguardo ci riporta alla centralità del fattore umano. *Il fattore umano non risulta decisivo soltanto nella relazione con i costi del sistema (il costo del personale costituisce l'80% delle spese di funzionamento) ma risulta ancor più determinante ai fini della qualità delle prestazioni eragate* (pag. 66).

L'aumento della fragilità degli ospiti ha richiesto un aumento quantitativo e qualitativo dell'intensità assistenziale: un aumento

del numero degli operatori e un aumento del livello di qualificazione professionale. L'ampia riflessione, che ci viene offerta in merito, tocca i numerosi fattori che influenzano la gestione delle risorse umane e che hanno determinato alcune difficoltà per garantire l'appropriatezza dei profili professionali presenti nelle RSA: la scarsa appetibilità delle RSA, la strozzatura dell'offerta formativa, le deroghe concesse ai gestori, la ridefinizione dei profili dei diversi operatori con l'attribuzione di nuove competenze. Sono pagine

che meritano attenta lettura soprattutto perché orientate al futuro.

Al Prof. Trabucchi è affidata la prefazione di questo testo che definisce un aiuto per i percorsi difficili che dovranno essere presto intrapresi. *Le glorie del passato, assieme all'intelligenza del presente, sono infatti la migliore garanzia per un futuro in grado di conservare i significati e di rispondere alle speranze* (dalla prefazione). Condividiamo.

Silvano Corli

Direzione Generale,
Ancelle della Cantà di Cremona

Servizi Sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale

Commento alla relazione comune della commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni

Elena Lucchi

Direzione Generale, Ancelle della Carità di Cremona

È ormai ampiamente condivisa la necessità che le forze politiche mondiali si interrogino concretamente sul modo per rendere l'incremento della speranza di vita, alla quale stiamo assistendo, non un problema insormontabile, ma una conquista del XX secolo.

I dati demografici non lasciano dubbi interpretativi:

"La fine del XX secolo è stata caratterizzata da una rivoluzione della longevità. La speranza di vita alla nascita si è incrementata di 20 anni dopo il 1950 giungendo a 66 anni ed è prevedibile che si estenderà d'ulteriori 10 anni entro il 2050.

A livello mondiale si prevede che la proporzione di popolazione con età uguale o superiore a 60 anni raddoppi tra il 2000 ed il 2050 (dal 10 al 21%), mentre la percentuale di minori si ridurrà di un terzo (dal 30 al 21%)" [Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento - Madrid 2002].

Il segmento della popolazione anziana che cresce più velocemente è quello degli ultra-ottantenni: se ne contano 70 milioni ed il loro numero quadruplicherà nei prossimi 50 anni. Questa accresciuta longevità comporta delle profonde implicazioni per le questioni legate alla qualità della vita, ad un "invecchiamento di

successo", all'integrazione sociale, alla promozione dell'assistenza e della sicurezza collettiva nel corso di un'esistenza più lunga.

Anche il Vecchio Continente si deve interrogare sul futuro di un mondo che invecchia.

Secondo una proiezione, nell'Unione Europea il numero di persone di età superiore a 65 anni dovrebbe passare da 61 milioni nel 2000 a circa 103 milioni nel 2050, mentre gli ultraottantenni da 14 milioni nel 2000 a circa 38 milioni nel 2050 (Proiezioni elaborate da Eurostat).

Dato che tutti i sistemi sanitari nell'Unione Europea sono basati su modelli solidaristici è fondamentale porsi il problema dell'invecchiamento della popolazione per le numerose problematiche sanitarie legate al prolungarsi della vita: la non-autosufficienza, la comorbilità, le patologie croniche. Queste problematiche specificatamente sanitarie si vanno ad attuare in un contesto sociale in ampio mutamento: si va modificando il ruolo della famiglia e il ruolo delle donne all'interno della società. Tutti questi fattori devono essere necessariamente presi in considerazione se si vuole dipingere un'immagine chiara e accurata del vecchio, allo scopo di poter fornire quelle risposte concrete senza le quali ri-

schieremmo di rimpiangere una minore longevità dell'essere umano. Troppo spesso, infatti, l'invecchiamento della popolazione è considerato solo come un "problema", dimenticando che prima di essere tale esso rappresenta una conquista raggiunta grazie ai progressi registrati nelle conoscenze mediche e nella tecnologia.

Tra i principi delle Nazioni Unite per le Persone Anziane, adottati dall'Assemblea Generale del 16 dicembre 1991, vorrei ricordare alcuni principi che riguardano l'assistenza: "Le persone anziane dovrebbero avere accesso all'assistenza sanitaria, così da essere aiutate a mantenere o riguadagnare il livello ottimale di benessere fisico, mentale ed emozionale e prevenire o ritardare l'insorgere della malattia" e ancora "Le persone anziane dovrebbero essere in grado di usufruire di un'adeguata assistenza istituzionale che fornisca loro protezione, riabilitazione e stimoli sociali e mentali in un ambiente umano e sicuro".

Alla luce di queste osservazioni vediamo ora come la Commissione delle Comunità Europee si sta ponendo di fronte alla sfida dell'invecchiamento. La comunicazione della Commissione dal titolo "Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie

nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale" fornisce una fotografia dello stato attuale e delle prospettive future che i sistemi sanitari e i servizi di assistenza di lunga durata agli anziani degli Stati membri devono urgentemente affrontare.

Era stato già sottolineato in una precedente comunicazione (COM, 1999) come uno dei principali ambiti nel quale promuovere una più stretta cooperazione fra gli Stati membri fosse l'assicurazione di un'assistenza sanitaria sostenibile e di elevata qualità, per la realizzazione della quale si considerava necessaria la riforma dei sistemi di previdenza sociale. Così dopo una relazione (COM, 2001) in cui sono state analizzate le tendenze demografiche, tecnologiche e finanziarie che potrebbero ostacolare il mantenimento futuro di livelli adeguati di protezione sociale, si conclude con l'identificazione di una sfida per i sistemi sanitari e di assistenza di lunga durata dell'Unione Europea con il raggiungimento di un triplice obiettivo, garantendo:

- *accessibilità* all'assistenza per tutti, indipendentemente dal reddito e dalla ricchezza;
- *qualità* elevata;
- *sostenibilità* finanziaria dei sistemi di assistenza.

Questo triplice obiettivo è stato approvato dal Consiglio europeo di Barcellona che ha invitato la Commissione e il Consiglio ad approfondire le questioni relative all'accesso, alla qualità e alla sostenibilità finanziaria, servendosi delle informazioni ottenute sottoponendo un questionario a tutti gli Stati membri.

SFIDE E PROBLEMATICHE EMERSE

È stata individuata una serie di fatto-

ri che possono minacciare la possibilità futura di continuare a garantire un livello elevato di protezione sociale ai cittadini bisognosi di assistenza sanitaria e di lunga durata. La disponibilità di *nuove terapie, tecnologie e tecniche mediche* se da un lato contribuisce a ridurre i costi di trattamento di alcune patologie, dall'altro offre la possibilità di curare patologie per le quali in precedenza non era disponibile alcuna cura, innalzando in questo modo i livelli generali di spesa.

Si evidenzia una tendenza all'incremento dei costi di assistenza sanitaria in funzione dell'aumento del benessere e del livello d'informazione dei pazienti, per ragioni che non sono chiare. La maggiore informazione e conoscenza rispetto alle terapie mediche potrebbe portare ad una maggiore esigenza dei pazienti nei confronti degli operatori sanitari e delle istituzioni con la richiesta di cure migliori o anche speranze in maggiori possibilità di guarigione.

Anche il modificarsi dei *fattori socio-familiari* che ha portato le donne ad essere più presenti sul mercato del lavoro, sta già facendo sentire il suo peso nel senso di una maggiore richiesta di assistenza a lungo termine che non ha più possibilità di essere gestita all'interno della famiglia.

Naturalmente l'*invecchiamento* della popolazione europea rappresenta una notevole sfida per l'impatto che l'aumento delle persone anziane bisognose di assistenza ha sui sistemi sanitari e di assistenza di lunga durata. La maggior incidenza delle malattie gravi e croniche e lo stato di disabilità o di non-autosufficienza sono i fattori legati al prolungamento dell'aspettativa di vita che maggiormente pesano sulle spese sanitarie e di assistenza di lunga durata, anche se alcuni dati provenienti dagli Stati Uniti

mostrano un trend in riduzione dei tassi di disabilità tra gli anziani.

RISPOSTE POLITICHE

Agli Stati membri spetta dunque il difficile compito di adeguare i propri sistemi sanitari in modo da rispondere alle sfide sopra illustrate, nel rispetto delle norme che regolano il mercato interno (regole di concorrenza e principi della libera circolazione delle persone, delle merci e dei servizi). Da parte sua l'Unione Europea si propone esplicitamente di garantire un livello elevato di protezione della salute umana (art. 152 del Trattato sulla sanità pubblica), funzionando da controllo sulla sostenibilità a lungo termine delle finanze pubbliche. È importante che i tre obiettivi siano affrontati in modo integrato in vista della modernizzazione della previdenza sociale poiché è chiara la necessità di avere accesso in modo adeguato ai servizi di assistenza che risulta realizzabile assicurando la sostenibilità finanziaria e disponendo di terapie ed interventi di comprovata qualità.

Si è cercato di comprendere le strategie che gli Stati membri intendono adottare per perseguire il triplice obiettivo dell'accesso, qualità e sostenibilità attraverso un questionario del quale riportiamo un riassunto delle risposte fornite dagli Stati membri.

ACCESSO

Tutti gli Stati membri riconoscono il diritto universale, o quasi, all'assistenza sanitaria alle persone che risiedono nel territorio nazionale, ma con diverse modalità di finanziamento dei sistemi sanitari e dei criteri di ac-

EUROPA E ANZIANI

cesso all'assistenza. Nella maggior parte degli Stati membri la quota della spesa sanitaria complessiva a carico delle famiglie ammonta all'incirca al 20-30%.

In risposta all'aumento delle spese sanitarie la tendenza è risultata essere quella di incrementare il livello di spesa a carico dei pazienti, sia con modalità dirette (oneri a carico degli utenti o co-pagamenti per i servizi) sia indirette (limitazione della gamma di servizi coperti). È chiaro il rischio che i soggetti che non dispongono di sufficienti risorse economiche possono decidere od essere costretti a rinunciare alle cure mediche adeguate. Numerosi Stati membri tendono dunque a prevedere disposizioni volte ad evitare che i problemi di salute determinino un impoverimento dei cittadini e che il basso reddito limiti l'accesso delle persone alle cure mediche. Inoltre, in alcuni Paesi gli anziani sono oggetto di particolari misure poiché rappresentano i "fragili tra i fragili".

Numerosi Stati hanno proposto o adottato l'uso di indicatori per il monitoraggio dell'accesso che rappresentano un utile strumento per determinare il livello di efficienza, erogazione o carenza delle prestazioni effettivamente fornite ("misurare per conoscere").

Le sfide specifiche all'accessibilità degli attuali sistemi sanitari sono le seguenti:

- rivedere la gamma di nuove terapie e farmaci forniti o rimborsati;
- ridurre i tempi di attesa per l'assistenza ospedaliera non urgente;
- creare servizi sanitari per fare fronte alle richieste di una popolazione che invecchia;
- elaborare strategie di prevenzione volte al raggiungimento di un "invecchiamento di successo" per il maggior numero possibile

di anziani;

- assicurare la disponibilità di personale medico sufficiente e con un'adeguata formazione.

L'esigenza di fornire un'assistenza di lunga durata è stata solo recentemente riconosciuta come un rischio sociale importante che deve essere fronteggiato dai sistemi previdenziali. Si intende per assistenza di lunga durata l'aiuto fornito a persone che non sono in grado di vivere in modo autonomo e che dipendono dall'aiuto altrui per svolgere attività necessarie della vita quotidiana. Spesso questo tipo di assistenza è demandata principalmente ai familiari, poiché non sono richieste particolari competenze mediche. Ma per le modificazioni socio-familiari che si sono verificate negli ultimi anni, non ci si può illudere che coniugi o figli continuino ad essere i principali prestatori di assistenza a lunga durata, o almeno non nella misura in cui lo sono stati in passato. La necessità di assistenza di lunga durata da parte di operatori professionisti obbliga ad un'introduzione di meccanismi di protezione sociale nei confronti di quelle categorie bisognose di tale assistenza. In alcuni Stati membri le famiglie continuano ad essere responsabili dell'erogazione dell'assistenza e del relativo finanziamento ed il sostegno pubblico s'inserisce solo se vengono a mancare le risorse familiari. In un numero crescente di Stati membri ci si sta orientando verso sistemi che prevedono una più ampia ripartizione del rischio, attraverso l'erogazione diretta di servizi assistenziali (generalmente di competenza di autorità locali) e meccanismi assicurativi. Si osserva la tendenza a favorire l'assistenza informale ad opera di familiari mediante sgravi fiscali, diritto alla pensione e alle assicurazioni sociali per i prestatori di assistenza, forma-

zione, diritto a congedi dal lavoro, offerta di sostituti per periodi di riposo, accesso a centri diurni. Il sostegno ai prestatori di assistenza informale presenta un duplice vantaggio poiché è economicamente conveniente e di miglior impatto sull'assistito per la familiarità di chi presta le cure e per la permanenza a casa propria.

Questi meccanismi previdenziali finalizzati a garantire l'accesso ad un'assistenza a lunga durata sono di recente introduzione in numerosi Stati membri; in tali Paesi potrebbe quindi verificarsi una carenza di personale specializzato. Si rileva, inoltre, l'importanza che riveste l'assistenza istituzionale per le persone affette dalle forme di demenza che richiedono cure intensive ed un'assistenza continuativa. Emerge anche la necessità di coordinare il lavoro dei diversi prestatori di assistenza che offrono i diversi servizi.

In molti Stati membri la risposta politica a questa situazione è orientata principalmente all'attuazione delle importanti riforme di recente introduzione e all'adozione di nuove misure volte soprattutto al miglioramento del sostegno nei confronti dell'assistenza domiciliare.

QUALITÀ

Garantire la qualità nell'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari e dell'assistenza di lunga durata rappresenta uno degli obiettivi chiave per tutti gli Stati membri.

Vengono identificati diversi ambiti in cui si inseriscono criteri di qualità:

- **Criteri strutturali di qualità** relativi agli strumenti di cui è dotato il servizio (personale, attrezzature, ambienti). In quasi tutti gli Stati membri sono stati formulati esplicitamente questi criteri.

- **Criteri di qualità del processo** che riguardano il funzionamento del servizio e le modalità di intervento, cioè le *procedure* adottate. È ancora poco sviluppata sul piano politico l'elaborazione di linee guida per terapie e procedure; tuttavia, si osserva l'introduzione volontaria di alcune linee guida, norme e raccomandazioni generali.
- **Criteri di qualità degli esiti** che hanno lo scopo di misurare la qualità dei servizi forniti in base agli *outcome* (es. mortalità, complicanze, istituzionalizzazione). Solo in alcuni Stati membri sono previsti programmi di controllo sistematico della qualità degli esiti sanitari, anche se è riconosciuto come metodo di misurazione della qualità degli interventi. Solo pochi Paesi hanno introdotto sistemi di graduatoria degli ospedali in base alla qualità dei servizi forniti.

La risposta degli Stati membri alla esigenza di disporre di dati sulla qualità dei servizi sanitari è stata la creazione di istituzioni o organismi specializzati incaricati di promuovere il controllo della qualità, effettuare valutazioni, formulare linee guida o mettere a punto sistemi di accreditamento.

È chiaro che le disparità nell'accesso ai servizi sanitari rappresenta anche un problema di qualità e che nella valutazione della qualità è fondamentale considerare gli aspetti connessi all'accesso e all'equità. L'intervento che permette di superare queste difficoltà deve quindi necessariamente essere trasversale ai vari ambiti politici.

Rispetto al settore dell'assistenza sanitaria in quello dell'assistenza di lunga durata si osserva un funzionamento più decentrato con una più ampia discrezionalità nell'applicazio-

ne delle norme da parte delle autorità locali e regionali che però crea, in molti Stati, difficoltà quali programmi poco mirati, scarsa sistematicità dei controlli e mancanza di iniziative volte ad elevare il livello qualitativo.

Per quanto riguarda l'assistenza istituzionale, la maggior parte degli Stati membri ha adottato criteri di qualità strutturali, mentre ancora pochi Paesi hanno formulato criteri di qualità del processo.

Altri Paesi, come l'Italia, hanno indicato la mancanza di sistemi standardizzati per garantire livelli minimi di assistenza come una difficoltà fondamentale per il sistema di assistenza di lunga durata.

La maggior parte degli Stati sottolinea come rilevante la mancanza di norme in materia di assistenza domiciliare e il contemporaneo incremento della domanda che ha portato ad una carenza nella disponibilità di personale specializzato.

Le esigenze più immediate a cui gli Stati ritengono di dover rispondere sono rappresentate dalla mancanza di indicatori e controlli di qualità adeguati. Il Belgio, a tal proposito, intende adottare strumenti di valutazione delle esigenze degli anziani che fungano anche da strumenti di controllo e valutazione dei risultati ottenuti.

SOSTENIBILITÀ

Le modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nell'Unione europea variano notevolmente fra gli Stati membri, in funzione dei diversi modelli adottati nella costituzione dei sistemi sanitari stessi. In generale, sono sistemi misti in cui il finanziamento pubblico viene integrato dal finanziamento privato. È prevista

un'assicurazione malattia dalla maggior parte dei sistemi e la quasi totalità di essi è finanziata, almeno in parte, direttamente mediante il gettito fiscale dello Stato. Tutti i sistemi prevedono qualche forma di onere a carico dei pazienti con la funzione di controllare la domanda di beni e servizi sanitari.

Le sfide alla sostenibilità finanziaria comuni agli Stati sono le seguenti *nel lungo termine*:

- la maggior diffusione di nuove e costose tecnologie mediche;
 - la tendenza ad incrementare i consumi con l'aumentare del tenore di vita;
 - i cambiamenti connessi all'invecchiamento della popolazione;
- e *nel breve termine*:
- ridurre il consumo eccessivo di beni e servizi sanitari al di là di ciò che risulta efficace nel migliorare gli esiti sanitari;
 - far fronte a sconfinamenti di spesa immediati;
 - necessità di aumentare il volume dei servizi, riducendo i tempi di attesa.

Da queste sfide deriva la necessità di ricercare mezzi che consentano un uso più efficiente delle risorse e stimolare una partecipazione più attiva del personale medico e degli operatori sanitari nella gestione delle risorse.

Non è possibile fornire un quadro generale delle tendenze nei livelli generali della spesa sanitaria dei diversi Stati per la scarsa coerenza e confrontabilità dei dati forniti. È possibile comunque evidenziare tre punti sull'andamento recente della spesa sanitaria delle strategie politiche adottate in risposta:

- in molti Stati membri (tra cui l'Italia) si è assistito ad un rapido incremento della spesa sanitaria in termini di percentuale del PIL, no-

EUROPA E ANZIANI

nostante l'esistenza di meccanismi di controllo dei costi;

- in altri Stati (tra cui Danimarca, Irlanda e Regno Unito) si sono attuate misure politiche volte deliberatamente ad aumentare le risorse destinate alla sanità allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza;
- un terzo gruppo di Paesi (tra cui la Spagna) ha riportato livelli stabili di spesa; la necessità di contenimento dei costi non rappresenta quindi una esigenza pressante.

Tra le principali componenti di crescita della spesa è evidente il netto incremento della spesa per i farmaci. In questa trattazione non scenderemo nei particolari delle strategie suggerite per il controllo della sostenibilità finanziaria a lungo termine, rimandando al lettore interessato il recupero del testo completo. Ci limiteremo a riportare alcune misure volte al controllo dei costi, delle quali però non viene fornita un'analisi dell'efficacia:

- le misure volte a trasferire i costi sugli utenti hanno il duplice scopo di ridurre le spese delle finanze pubbliche e di controllare la domanda di servizi da parte degli utenti, mettendo però a rischio l'accessibilità ai servizi delle categorie "fragili" di soggetti;
- controllo dei prezzi e dei volumi sia sul lato dell'offerta che sul lato della domanda (accordi tariffari nazionali);
- riforme volte a incoraggiare l'uso efficiente delle risorse (come in Italia l'assegnazione di dotazioni finanziarie fisse agli enti sanitari regionali o agli ospedali).

La problematica maggiore per la sostenibilità finanziaria dell'assistenza di lunga durata è rappresentata dall'invecchiamento: il notevole incremento del numero di anziani e la conse-

guente necessità di un elevato numero di operatori in questo settore, porta alla possibilità che si registrino gravi carenze di personale con conseguente incremento del costo della manodopera.

La sfida che Italia e Portogallo devono affrontare nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane è rappresentata dal fornire soluzioni integrate per i pazienti, che coprano l'intera gamma dei servizi di assistenza richiesti. Un'altra sfida è lo sviluppo dei servizi domiciliari per gli anziani che, oltre ad essere un desiderio degli anziani stessi, rappresenta una strada economicamente più efficiente.

I dati relativi alle spese nazionali e alle previsioni a lungo termine sono frammentarie anche per quanto riguarda l'assistenza di lunga durata. Poiché una politica di assistenza di lunga durata è ancora in via di elaborazione in alcuni Stati, non si pone l'esigenza di misure volte al controllo dei costi. In altri Paesi gli stanziamenti finanziari vengono effettuati sulla base di piani e obiettivi nazionali, spesso integrati con quelli dell'assistenza sanitaria in generale. In alcuni Paesi i servizi da fornire vengono definiti a priori, limitando il margine di incremento delle spese. Significativa la sperimentazione in Irlanda dell'assistenza domiciliare che risulta generalmente meno costosa e risponde alle preferenze degli anziani.

La Comunicazione si conclude con alcune considerazioni generali:

- Si conferma l'utilità del triplice obiettivo di assicurare l'accesso, la qualità e la sostenibilità finanziaria come presupposto per l'elaborazione di politiche sanitarie a favore degli anziani.

Tutti gli Stati membri si stanno

adoperando per individuare l'equilibrio ottimale per conseguire questo obiettivo.

- La ricerca di questo equilibrio rappresenta una difficile sfida per la gestione generale dei sistemi.
- Emerge come rilevante la sfida dell'occupazione nel settore dell'assistenza, sia evitando la fuga del personale sia reclutando e formando nuovi operatori.
- Resta ferma, come caposaldo dei sistemi, l'intenzione di mantenere un accesso generale e completo, anche a fronte dell'incremento dei costi.
- Per quanto riguarda la qualità ci sono margini di azione per intensificare la cooperazione fra gli Stati membri per l'elaborazione e l'attuazione di strumenti di valutazione della qualità.
- Per la sostenibilità finanziaria gli Stati membri richiamano l'attenzione su un impiego delle risorse in modo efficiente ed efficace e su una maggiore considerazione relativa ai costi anche da parte degli operatori sanitari e dei pazienti.

Giunti alla conclusione di questa breve panoramica sulle strategie di sostegno per assicurare un elevato livello di protezione sociale nei confronti degli anziani, vorrei ribadire la fondamentale importanza della formazione degli operatori socio-sanitari come base per garantire una più ampia accessibilità dei servizi assistenziali ed una elevata qualità.

Voglio inoltre reclamare fortemente il ruolo della *ricerca scientifica* come strumento per il raggiungimento degli obiettivi di qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari e di assistenza di lunga durata. Come può una società che considera un obiettivo necessario il controllo della qualità delle procedure e dei risultati degli inter-

venti in ambito sanitario, non concedere il giusto spazio a quello che è uno strumento fondamentale per effettuare tali controlli?

Sarà possibile considerare l'invecchiamento della popolazione non più come problema della società,

ma come conquista dell'Umanità nel momento in cui ogni persona che invecchia guarderà al proprio futuro di persona autosufficiente o non-autosufficiente in continuità rispetto ad ogni fase della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

- COM (1999) 347 definitivo: "Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale".

- COM (2001) 723 definitivo: "Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria".