

I luoghi della cura

Anno V - N. 2
Giugno 2007
TRIMESTRALE

2/2007

In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali



SERENITY

PHOENIX

Assistiamo chi assiste.

- **Leader italiano negli ausili per l'incontinenza.**

- **Formazione e consulenza.**

- **Assistenza post-vendita.**

- **Coordinamento servizi e risorse.**

- **Soluzioni su misura alle vostre esigenze.**

- **Centro Studi Serenity: ricerca e sviluppo.**



Metodi, tecnologie nuove e la massima attenzione alla ricerca. Per monitorare, coordinare e programmare tutti gli interventi migliorativi nell'ambito dei prodotti e dei servizi collegati al mondo dell'incontinenza.

SERENITY

**Tecnologia e Innovazione
al servizio dei valori umani.**

**Per maggiori
informazioni vai sul sito
www.serenity.it
www.artsana.it**

 **ARTSANA**

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura, Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

Area pubblicità

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

Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio
garzonio@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.com

Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

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

Stampa: Litografica '79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di giugno 2007

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

© Copyright 2007



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

La geriatria non è per i deboli di cuore

Marco Trabucchi, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza in Liguria

Georgia Casanova, 7

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA

Renzo Bagarolo, Federica Bellocchi, 12

MATERIALI DI LAVORO

Utilizzo delle carte di controllo in ambito riabilitativo

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Alessandra Marrè Brunenghi, Stella DeMicheli, Bruno Bernardini, Marco Trabucchi, 16

ESPERIENZE

La rete dei servizi per l'anziano a Brescia:
cure domiciliari ed RSA a confronto

Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte, Chiara Mattanza, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, 22

SPUNTI DI DIBATTITO

Identità e senso nei percorsi della cronicità

Gianbattista Guerrini, 29

ANNUARIO SANITÀ ITALIA

www.annuariosanita.it

Periodico di informazione sul settore sanitario

18^a edizione

L'intero settore sanitario italiano in un'opera unica composta da

3 VOLUMI RACCOLTI IN COFANETTO:

- *Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Assessorati regionali e provinciali, CNR*
- *Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie locali, Case di cura, Case di riposo, Centri antidroga, Strutture di solidarietà sociale*
- *Enti ed associazioni, organizzazioni sindacali ed ordini professionali*
- *Industrie farmaceutiche, aziende produttrici di beni e servizi*

• Fiere e mostre, congressi, stampa specializzata

• Il terzo volume è interamente dedicato ai diritti delle persone con disabilità con una ricca parte normativa commentata da esperti del settore, un elenco di associazioni nazionali e locali e di aziende che operano nel settore.



All'indirizzo <http://www.annuariosanita.it> tutte le novità della nuova versione on line sugli aggiornamenti e i servizi offerti ai nostri utenti

CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA

Vi preghiamo inviarci n. copie dell'**Annuario Sanità Italia ed. 2007** al prezzo unitario di Euro 100,00 (IVA inclusa) e/o n. CD ROM al prezzo unitario di Euro 180,00 + IVA. Acquistando sia la copia cartacea che il CD ROM verrà applicato lo sconto del 35% sul totale.

Al pagamento provvederemo:

☐ ALLEGANDO ASSEGNO NON TRASFERIBILE intestato a: Editoriale Publiaci s.r.l.

☐ CONTRASSEGNO + spese postali

Denominazione

Indirizzo

CAP Città Prov. (.....)

Tel. Fax

P. IVA

Data Timbro e Firma

Inviare il coupon a: EDITORIALE PUBLIACI s.r.l.

00186 Roma - Via della Tribuna di Tor de' Specchi, 18/a - Tel. 06/69380070-6780096 - Fax 06/6785792
<http://www.annuariosanita.com> - E-mail: info@annuariosanita.com

La geriatria non è per i deboli di cuore

Ci sono momenti nella storia personale di ciascuno in cui, con maggiore insistenza, ci si pone l'interrogativo di dove vada la strada che stiamo percorrendo, nei diversi ambiti dove si esplica la nostra esperienza umana. In particolare, per quanto riguarda la realtà professionale mi sono di recente chiesto con frequenza dove essa è destinata a portarmi nei prossimi anni, cioè in quale mondo mi sarà permesso di esercitare la competenza geriatrica e gerontologica. Dopo due decenni e mezzo di impegno per migliorare l'assistenza concreta all'ammalato anziano ed i servizi alle persone non più giovani, dove si indirizza il nostro futuro?

Non voglio qui fare un "catalogo" delle incertezze, ma solo condividere con i lettori alcuni spunti particolarmente critici, perché nonostante le mille difficoltà non vogliamo arrenderci. Ricordo l'editoriale di una rivista americana che diversi anni fa era così intitolato: "La geriatria non è per i deboli di cuore". Ne sono ancora completamente convinto e per questo continuo la mia battaglia, ma con realismo non possiamo nasconderci che lo *status quo* è drammatico. Kane ci ha recentemente invitato ad esprimere "un'intolleranza creativa per lo *status quo*", ma non è compito facile né culturalmente né praticamente.

I. Il rapporto tra le generazioni è sempre critico. La difficoltà che incontra la discussione sull'innalzamento dell'età di pensionamento fa intravedere una resistenza a ritenere il debito pubblico come un problema che riguarda l'eredità che le persone più anziane lasciano alle generazioni future. Perché queste resistenze, quando abbiamo sempre pensato che gli anziani fossero sostanzialmente generosi verso i più giovani ed attenti al loro benessere? Ancora, rispetto al rapporto tra le generazioni, ma in senso inverso, non può lasciare indifferenti la constatazione – derivata anche da alcune rilevazioni sul campo – che i giovani e gli adulti sono poco propensi a compiere sacrifici per garantire servizi adeguati agli anziani non più autosufficienti. Le difficoltà che incontrano le proposte per creare un fondo *ad hoc* sono una ulteriore manifestazione di questa scarsa disponibilità. Siamo quindi in presenza di un tacito ma preciso rifiuto

di compiere sacrifici per migliorare i rapporti tra le diverse generazioni? Siamo destinati a vivere in città dove il dialogo e l'attenzione per i vecchi sono ridotti al minimo e la paura degli eventi futuri diventerà un accompagnamento necessario di oltre un quinto dei nostri concittadini?

2. La formazione degli operatori in ambito geriatrico incontra grandi difficoltà. Sono pochi i posti disponibili all'interno degli ordinamenti universitari, ma sono pochi anche i giovani disposti a rinunciare alle lusinghe della medicina trionfante per dedicarsi all'impegno, talvolta molto pesante, a favore delle persone fragili che hanno bisogno di medici, infermieri, operatori formati in modo specifico e sensibili sul piano del rapporto e dell'ascolto. È naturale pensare che l'esempio offerto da noi che lavoriamo da anni nel settore non sia stato sufficientemente incisivo: come possiamo essere più credibili attraverso atteggiamenti personali e collettivi che rendano palese la nobiltà e l'orgoglio di dedicarsi a professioni complesse e difficili, non sempre adeguatamente valutate?

3. L'organizzazione dei servizi geriatrici all'interno di una rete predisposta incontra sempre maggiori difficoltà. In alcune regioni del nostro Paese tale rete è ancora a livello subembrionale e non si vede un serio impegno per disegnare nuove concrete modalità per offrire un'assistenza continuativa. Ma anche nelle regioni del nord – dove vi è una tradizione più lunga ed una maggiore sensibilità – spesso prevalgono posizioni irrazionali, soluzioni prive della dimostrazione di efficacia, desiderio di far prevalere ad ogni costo posizioni apparentemente originali, senza nemmeno prendere in considerazione proposte serie e validate. Perché questa resistenza che appare profondamente immotivata? Dietro l'angolo sono sempre più numerosi i segnali di allarme riguardo alle difficoltà economiche incontrate dai servizi (assistenza domiciliare, case di riposo, RSA, ecc.): la risposta dei poteri pubblici è dominata dalla preoccupazione per i bilanci, senza nessun impegno nella ricerca di soluzioni che permettano di rispondere al bisogno con interventi a basso costo. Noi non siamo difensori aprioristici della spesa: ce lo impedisce la cultura e la conti-

nua vicinanza con le varie realtà. Però non possiamo nascondersi che in alcune regioni le famiglie incontrano gravi difficoltà a pagare le rette per il ricovero degli anziani nelle istituzioni; cosa succederà se la presenza delle cosiddette badanti dovesse ridursi o diventare più costosa (cosa che, da un certo punto di vista, dobbiamo augurarci perché sarebbe il segnale di una condizione di minore povertà delle popolazioni dell'est-europeo)?

4. Nella pratica medica – ed in particolare negli ospedali – l'assistenza agli anziani non ha fatto grandi progressi. Non penso solo alle persone affette da demenza che richiedono un ricovero per una patologia somatica intercorrente, ma anche ai molto vecchi, con gravi limitazioni funzionali, affetti da molte malattie che non trovano nei pronto soccorso e nei reparti l'attenzione dovuta a condizioni di estrema fragilità clinica ed umana. Il recente dibattito sull'accanimento ha messo in luce un interesse per gli aspetti più superficiali della pratica clinica, dimenticando che la geriatria, quando è razionale, nemmeno prevede questo problema perché in grado di commisurare i propri interventi con la prognosi di ogni ammalato, mettendo in atto solo provvedimenti che possono mi-

gliorare il quadro clinico o la qualità della vita. Ma il mio personale timore è che le discussioni su questi temi – e non voglio entrare nel merito – nascondano una sostanziale sfiducia nelle cure rivolte agli anziani e l'idea che potrebbero essere di molto ridotte, con sostanziali risparmi per la collettività. Ma quale collettività costruiamo se non pone al centro le persone più bisognose, dedicando loro tutto il necessario ed anche... qualche atto di generosità?

Lo spazio concesso a questo editoriale mi impedisce di continuare nell'elenco delle criticità, che purtroppo sarebbero ancora molte. Però non voglio farmi dominare dal pessimismo, anticamera della rinuncia. Con Bauman infatti ritengo che “non c'è nulla di ragionevole nell'assunzione di responsabilità, nella *care*, nell'essere morali. L'etica ha solo se stessa a proprio sostegno...”. Aggiungo anche che la geriatria in questi anni ci ha insegnato una razionalità (“ragionevolezza”) intrinseca nella *care* dell'anziano fragile, e su questa strada voglio continuare a camminare, nonostante tutto.

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

NURSING GERIATRICO *Collana diretta da M. Trabucchi*

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

I edizione italiana dalla II edizione inglese
a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato
di 564 pagine
f.to cm 12x19
€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza in Liguria

Georgia Casanova

Esperta di Politiche Sociali

Nell'ottobre dell'anno scorso la Regione Liguria ha costituito il *Fondo Regionale per la Non Autosufficienza* (D.G.R. 20 ottobre 2006 n. 1106 "Indirizzi per il Fondo Regionale per la Non autosufficienza"), d'ora in avanti *FRNA*. Il *FRNA* diventa così la nuova voce di bilancio di riferimento per le *long term care policies* regionali. La creazione del fondo ligure giunge in un momento in cui altre regioni hanno deciso di adottare un simile strumento o stanno valutando l'opportunità di farlo. In questo scenario, il carattere innovativo dell'azione, il processo di *planning* sviluppato, oltre che il modello di fondo scelto, fanno dell'esperienza ligure una delle più significative tra quelle attive, ad oggi, in Italia (allo stato attuale risultano avviate le esperienze delle Regioni: Veneto, Lazio, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia). Innovatività ed interesse che si accentua se si pensa al contesto in cui si inserisce. Con un tasso di popolazione ultrassessantacinquenne pari al 26% circa di quella totale, la Liguria è una delle regioni più anziane d'Italia. Gli anziani non autosufficienti, poi, sfiorano l'87% del bacino di utenza totale per la non autosufficienza ligure¹. Appare chiaro, quindi, come in Liguria la popolazione anziana sia al centro del modello di *welfare* già da alcuni anni. Il *FRNA* può dunque essere considerato uno dei nuovi passi che la Regione Liguria ha mosso all'interno del proprio sistema. Parliamo di "nuovo passo" perché altri ne sono stati compiuti in questo senso: il riassetto dei servizi del 1998, il cambio di programmazione territoriale, da "sociale" a "socio-sanitaria", del 2004 e la strutturazione di

progetti "ad hoc" come il "Progetto Anziani" e "l'Assegno Servizi".

IL FONDO: STRATEGIE, OBIETTIVI E FLUSSI FINANZIARI

La costituzione del *FRNA* è maturata nell'ambito di una riflessione generale sulle *long term care policies* regionali. Il dibattito si è orientato da una parte sulla composizione dei flussi in entrata dell'azione, dall'altra sulla definizione dei beneficiari e del bacino di utenza. Tutti aspetti che influenzano le scelte strategiche e che, in linea con una coerenza metodologica² di pianificazione della *social policy*, vengono sintetizzate nella definizione data di obiettivi e risorse, perni della nostra riflessione.

Tre i punti di partenza dell'azione programmatica:

- la realizzazione di uno studio di fattibilità finanziaria effettuato da Beltrametti (Beltrametti, 2004);
- la proiezione, sul territorio ligure, dei risultati di uno studio epidemiologico svolto da Buiatti in Toscana, al fine di stimare il fabbisogno regionale;
- la definizione di un tavolo di concertazione sul *FRNA*, a cui hanno preso parte i rappresentanti dell'ANCI e della Federsanità, oltre che i referenti regionali.

Senza entrare nel merito dei singoli momenti, tale riflessione ha dato come risultato una quantificazione del fabbisogno di non autosufficienza regionale che supera di poco le 8.000 unità, e la definizione di un contributo economico quale risultato pratico dell'a-

¹ I dati si riferiscono al 31/12/2006 e il tasso relativo agli anziani non autosufficienti è un dato di stima confermato sia dalla proiezione proposta da Beltrametti nello studio di fattibilità sulla Liguria (Beltrametti, 2004) sia dalla proiezione dello studio epidemiologico toscano richiamato oltre.

² Per approfondimenti metodologici vedi Banchemo, 2005.

zione. La misura economica, pari a circa € 350,00 mensili, ha lo scopo di garantire il sostegno dell'attività di cura alla persona non autosufficiente da parte della famiglia, e può aggiungersi all'indennità di accompagnamento se il soggetto beneficiario ha un livello di non autosufficienza grave (almeno 3 ADL). Accettando il contributo, la famiglia, da parte sua, si impegna a non accedere a forme di residenzialità permanenti. L'obiettivo è quello di contenere il tasso di istituzionalizzazione.

GLI OBIETTIVI

La lettura degli atti costitutivi del FRNA mostra come esso sia orientato al raggiungimento degli obiettivi di "aumento della domiciliarità" e "riduzione della residenzialità" (Tab. 1). La presenza di progetti specifici, precedenti alla costituzione del fondo, con medesimi obiettivi indica l'esistenza di un piano d'azione di medio-lungo periodo. Proprio una logica di coerenza intertemporale spiega la chiusura dell'esperienza della precedente sperimentazione dell'assegno servizi con l'avvio del fondo.

Per il FRNA, oltre a precisi obiettivi, l'amministrazione regionale definisce percentuali e tempi di realizzazione. Osservando le percentuali di crescita dichiarate in Tabella 1 si vede come si auspichi in due anni, rispetto all'esistente, un incremento del 75% della domiciliarità e del 50% della residenzialità e semiresidenzialità. Dal punto di vista del sistema dei servizi "l'ampliamento della rete" e il "potenziamento dei servizi ADI", indica-

ti come gli strumenti attraverso cui raggiungere gli obiettivi, implicano il coinvolgimento di diversi soggetti: comuni e ASL.

LE RISORSE ECONOMICHE

Dal punto di vista dei flussi di spesa, le possibili scelte finanziarie utilizzate per la costituzione del fondo non autosufficienza sono sostanzialmente tre: ridistribuire le risorse disponibili all'interno del bilancio pubblico, utilizzare diversamente le risorse disponibili o richiedere maggiori risorse ai cittadini (Gori, 2003). Nel caso del fondo ligure la scelta è ricaduta su un duplice versante: razionalizzazione dei flussi esistenti e coinvolgimento del cittadino attraverso l'aumento e finalizzazione di una quota della tassazione generale. Il modello del fondo non autosufficienza uscito dal tavolo di concertazione prevede, inoltre, l'inclusione della quota sanitaria, mentre non comprende l'indennità di accompagnamento.

Analizzando la Tabella 2, relativa alla composizione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per il 2006³, si possono fare alcune considerazioni.

La ripartizione dei flussi del FRNA ligure (Fig. 1) mette in evidenza la predominanza della componente sanitaria, che risulta vincolata nella destinazione (87%), rispetto a quella sociale, che non tocca neanche il 10%. Il quadro finanziario è poi completato da una quota di risorse specifiche finalizzate alla non autosufficienza provenienti dalla fiscalità regionale; identificate come "altre", tali risorse garantiscono la copertura di circa il 4% del totale.

Tabella 1 - Gli obiettivi del FRNA.

Obiettivo	Indice di incremento dell'utenza sulla popolazione 65+	Strumenti
Sostenere la domiciliarità	Base 2006 → 4,1% Obiettivo 2008 → 7%	Ampliamento della rete dei servizi Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e ADI Erogazione contributo economico Valorizzazione dei ricoveri semiresidenziali e residenziali temporanei come misura di sollievo
Potenziare la residenzialità e la semiresidenzialità, sociosanitaria e sociale, pubblica, accreditata e privata	Base 2006 → 2% Obiettivo 2008 → 3%	
Fonte: Regione Liguria - elaborazione dati regionali posti negli atti ufficiali.		

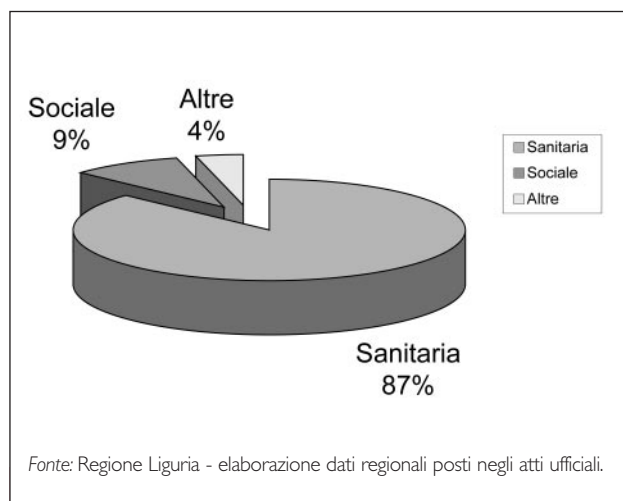
³ Ai sensi della L.R. 12/2006.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO
AMMINISTRATIVO

Tabella 2 - Risorse Finanziarie FRNA per il 2006.

PROVENIENZA	Importo
1. Componente sanitaria	
Quota sanitaria residenzialità e semiresidenzialità	75.000.000 (anziani) 61.000.000 (disabili)
Quota sanitaria domiciliarità	13.000.000
Progetti di Piano Sanitario Nazionale (DGR 264/2006, all'esame del Ministero della Salute)	14.423.000
Totale componente sanitaria	163.423.000
2. Componente sociale	
(a carico dei Comuni) per domiciliarità residenzialità e semiresidenzialità	
Fondo Sociale regionale trasferimenti ai Comuni	10.000.000
Servizi di prossimità (custodi sociosanitari)	1.695.000
Inserimento scolastico non autosufficienti (l.r. 15/06)	3.500.000
Interventi fondo sociale per disabili gravi (cerebrolesi)	1.200.000
Totale componente sociale	16.395.000
3. Altre risorse	
Quota proveniente dalla fiscalità regionale 2006 finalizzata ad interventi per la N.A.	7.500.000
Totale generale	187.318.000

Fonte: Regione Liguria - elaborazione dati regionali posti negli atti ufficiali.



Fonte: Regione Liguria - elaborazione dati regionali posti negli atti ufficiali.

Figura 1 - Composizione percentuale FRNA 2006.

PRIME CONSIDERAZIONI

I tempi recenti di introduzione del fondo non permettono la realizzazione di grosse valutazioni e riflessioni in merito al suo impatto sulla struttura organizzativa del sistema o sui destinatari. Alla luce della rilevanza dell'azione stessa si svilupperanno, quindi, solo alcune riflessioni generali.

Punto di partenza è la linearità dell'istituzionalizzazione del FRNA rispetto al modello di *welfare* ligure. La presenza di un chiaro disegno di policy, oltre che di altri progetti sperimentali di settore, non può che avvalorare tale affermazione e assegnare al FRNA un ruolo di rilievo tra le esperienze ad oggi avviate in Italia. A sottolineare ciò, nei giorni in cui si scrive, arriva la notizia dell'intenzione di istituire un'agenzia regionale per la non autosufficienza, e di come ciò sia ritenuto rilevante a livello nazionale⁴.

⁴ La notizia è stata data in occasione di un convegno tenutosi a Genova sulle long term care regionali a cui ha partecipato il Ministro Turco. Cfr. Redattore Sociale del 13 marzo 2007 (www.redattoresociale.it).

Alla domanda "Quale strategia sottende la costituzione del FRNA?", sinteticamente si potrebbe rispondere: "Una strategia per lo sviluppo del sistema supportata da un'apertura verso l'esterno per il reperimento delle risorse". Ciò è messo in rilievo sia dalla dichiarazione di obiettivi quali "aumento della domiciliarità" e "limitazione della residenzialità ai ricoveri di sollievo" sia nella, seppur limitata, razionalizzazione dei flussi di spesa messa in atto attraverso l'unificazione delle componenti "sanitaria" e "sociale".

L'apertura verso l'esterno segna il coinvolgimento del cittadino ligure che, attraverso il pagamento di una tassa di scopo, partecipa alla copertura del rischio sociale di "non autosufficienza". Considerando che la tassa copre il 4% del fabbisogno del fondo, l'impegno può essere considerato comunque esiguo rispetto alla totalità delle necessità del fondo.

Mantenendo lo sguardo sul rapporto tra non autosufficienza e cittadino, la Regione Liguria sembra muoversi su due livelli:

- in maniera *allargata*, assumendo una visione di non autosufficienza come problema sociale, impone una partecipazione economica al FRNA a tutti i cittadini attraverso la tassazione generale;
- in senso *più ristretto*, chiede alle famiglie dei beneficiari di sostenere la domiciliarità, facendosi pieno carico dell'erogazione delle cure informali.

Secondo tale logica, la mancata vincolazione dell'esborso monetario all'erogazione di servizi può essere letta come un ulteriore riconoscimento della "responsabilità sociale" che il nucleo familiare si assume, e un tentativo ulteriore di sostegno a tale funzione. Non è un caso che (nei casi più gravi) la misura economica affianchi e non sostituisca l'indennità di accompagnamento; indennità che, in generale, occupa un ruolo importante nella strategia italiana di sostegno alla non autosufficienza. Pur non essendo una misura specifica, essa è una delle voci principali delle risorse destinate agli invalidi, oltre ad essere la misura economica sociale con il più alto numero di beneficiari. La sua rilevanza per la *long term care*, però, è legata oltremodo al fatto che spesso proprio l'indennità di accompagnamento diviene l'unico riconoscimento che il soggetto non autosufficiente ha della sua condizione (Facchini, 2007; Da Roit, 2006). Pro-

prio la definizione del rapporto tra FRNA e indennità di accompagnamento, quindi, aiuta la comprensione della possibile strategia che un fondo non autosufficienza locale può avere all'interno della *long term care* nazionale.

Da anni si parla di una riforma in ambito sociale che coinvolga non solo il sistema dei servizi socio-sanitari ma anche l'indennità di accompagnamento. L'evoluzione del contesto italiano, e ancor più di quello locale, non possono che spingere ancora una volta in tale direzione. Considerando poi che proprio l'indennità di accompagnamento e l'integrazione socio-sanitaria rappresentano gli aspetti fondamentali del sistema di *long term care* italiano, appare chiaro come questi possano essere i due ambiti su cui focalizzare la possibile riforma nazionale e locale (Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006; Hanau e Iurlaro, 2005; Casanova, 2006).

Alla luce di quanto detto, la scelta di non comprendere l'indennità di accompagnamento nel FRNA può essere interpretata come un tentativo di proporre un modello innovativo di integrazione locale-nazionale per la non autosufficienza. Modello in cui la centralità della azione in materia di *long term care* si sviluppa a livello locale attraverso il fondo, in un'ottica di corrispondenza bisogni territoriali-policy. La presenza di una misura economica universale come l'indennità assume, così, il ruolo di riconoscimento nazionale della problematica, limitando eventuali discrepanze dei modelli locali.

Affermare che il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ligure sia una possibile esperienza innovativa in materia di *long term care*, non significa sostenere che esso sia privo di criticità. Dal punto di vista organizzativo si sono manifestate alcune disfunzioni principalmente legate alla gestione amministrativa contabile e al percorso di assegnazione del contributo economico. Il modello di *welfare* proposto in Liguria è fortemente incentrato sull'attività dei distretti sociosanitari e degli ambiti territoriali sociali (ATS)⁵. Tale sistema territoriale è funzionale ad una composizione geografica regionale caratterizzata, per la maggior parte, da piccoli comuni con chiare difficoltà di gestione singola dei servizi. Nello specifico, la gestione territoriale del FRNA è assegnata agli ATS; a loro

⁵ Gli ATS sono definiti, in base alla L.R. 12/2006, come il territorio ove i comuni limitrofi si associano o quelli di maggiore dimensione si decentrano al fine di programmare e gestire l'organizzazione dei servizi sociali di base per una popolazione pari a 10.000 abitanti.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

spetta la raccolta delle richieste e l'erogazione diretta del contributo al beneficiario; la procedura di valutazione del caso per l'ottenimento del contributo, invece, è di competenza dell'Unità di Valutazione Geriatrica facente capo alla ASL.

La gestione economica territoriale del fondo assegnata agli ATS comporta l'inserimento della quota totale di Ambito all'interno del bilancio del comune capofila, con la conseguente inclusione della stessa nel patto di stabilità dell'amministrazione: questo, soprattutto nel caso di comuni di piccola dimensione, può creare alcune difficoltà di contabilità interna.

Sul versante della valutazione del caso, invece, la delega totale all'UVG tende a separare in due il percorso di gestione del fondo poiché gli Ambiti Territoriali Sociali (organo di competenza in materia sociale) non intervengono nel processo di valutazione. L'impressione che se potrebbe trarre è di una discontinuità con il processo di integrazione sociosanitaria in atto nella regione; d'altra parte, però, nel carattere sperimentale del fondo è insita la perfezionabilità dello strumento.

BIBLIOGRAFIA

Banchero A. Programmare i servizi sociali e sociosanitari, Bologna, Il Mulino 2005.

Beltrametti L. Un Fondo per la Non autosufficienza in Liguria: problemi e prospettive. Paper non pubblicato, Genova 2004.

Casanova G. Il sistema di finanziamento delle politiche sociali. In: Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte a confronto, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma 2006: 45-62.

Da Roit B. La riforma dell'indennità d'accompagnamento. In: Gori C. (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna 2006: 287-316.

Facchini C. Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento. I luoghi della cura 2007; 1: 7-12.

Gori C. Il finanziamento dell'assistenza ai non autosufficienti: strategie a confronto. In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. (a cura di), Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2003: 461-504.

Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa. Riforma l'assistenza ai non autosufficienti in Italia. In: Gori C. (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2006: 423-74.

Hanau C, Iurlaro F. Per l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza. In: Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M, Vanara F. (a cura di), Rapporto sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2005: 97-136.

S.P. Roose, H.A. Sackeim

DEPRESSIONE NELL'ETÀ SENILE

**Presentazione dell'edizione italiana
di Pier Luigi Scapicchio**

**Sotto l'egida dell'Associazione
Italiana di Psicogeriatrica**

**Volume cartonato
di 448 pagine
f.to cm 22x28
€ 60,00**



CIC Edizioni Internazionali

Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA

Renzo Bagarolo*, Federica Bellocchi

* Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano
Istituto Geriatrico Milanese, Milano

Le RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani) in Lombardia gestiscono ospiti in condizioni sempre più critiche in cui la complessità clinica è una delle componenti della fragilità degli anziani accolti. Nel 2005 la media di permanenza degli ospiti in RSA è stata di 2.7 anni e l'elevato turn over annuo dei posti letto, circa il 40% causato prevalentemente dalla mortalità, indica che le persone giungono in RSA dal domicilio e dall'ospedale in condizioni di sempre maggior gravità e instabilità clinica. Questa situazione richiede alle RSA di destinare sempre più risorse sanitarie in termini di presenza e competenza medico-infermieristica.

Il sistema SOSIA (Scheda Osservazione Intermedia di Assistenza), utilizzato in Lombardia per la valorizzazione dei costi sanitari per ciascun ospite in RSA, utilizza come criterio per la rilevazione dell'impegno di risorse umane e tecnologiche quello della complessità clinico-assistenziale di ogni ospite, misurata come disabilità nelle ADL, deficit cognitivo e grado di comorbidità.

Non viene invece considerata l'instabilità clinica presente in molti ospiti presenti in RSA, che è cosa ben differente dalla complessità, in quanto la complessità presenta ancora margini di prevedibilità e programmazione nell'utilizzo di risorse sanitarie, mentre l'instabilità clinica ha pochi margini di prevedibilità e programmazione. Un esempio, per comprendere la differenza, è costituito dal servizio di Pronto Soccorso negli Ospedali per acuti dove è estremamente difficile definire e programmare l'utilizzo ottimale di risorse da destinare al servizio, poiché il range di variabilità di utilizzo del servizio può essere estremamente elevato, con il rischio sia di sottostimare che di sovrastimare il bisogno.

Per instabilità clinica intendiamo "una situazione ad alto rischio di cambiamento acuto o subacuto dello stato di

salute, suggestivo di una malattia acuta o subacuta in atto, rilevata da segni e sintomi specifici e/o parametri di laboratorio". L'intensità dell'instabilità può essere valutata tramite indicatori come segni, sintomi, parametri di laboratorio e quantità di risorse sanitarie impegnate.

Una modalità di misura dell'instabilità clinica è quella di rilevare l'insieme di eventi clinici avversi (ACEs) di un paziente in un periodo di osservazione, che inizia col segno/sintomo rivelatore fino al termine della fase acuta/subacuta di ogni singolo evento (quando il monitoraggio dei segni sintomi torna ad essere routinario).

"Il carico degli eventi clinici avversi (ACEs) sulla gestione della cura, attraverso le sue componenti medica o di assistenza infermieristica, può essere valutato tramite la scala di valutazione della severità degli ACEs basata su tre dimensioni cliniche e funzionali":

1. IT = Intervento terapeutico
2. M-MI = Monitoraggio medico-medico+infermieristico
3. IFR = danno funzionale residuo

L'INSTABILITÀ CLINICA può essere quindi inquadrata in 4 classi da minore a maggior gravità:

- A: ACE senza IT, con < 1 giorno M-MI, senza IFR
- B: ACE con IT, con 1-7 giorni di M-MI, senza IFR
- C: ACE con IT, con < 1 giorno M-MI, senza IFR
- D: ACE con IFR e con IT, indipendentemente dalla durata del M-MI.

Lo studio

Presso tre Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Città di Milano, l'Istituto Piccolo Cottolengo Don Orione, l'Istituto Geriatrico Milanese e l'Opera Pastor Angelicus è stato condotto uno studio osservazionale

retrospettivo di 3 mesi dal 1° gennaio al 31 marzo 2006, con l'obiettivo di misurare l'incidenza dell'instabilità clinica in RSA, tramite la rilevazione degli eventi clinici avversi (ACEs), e il suo rapporto con gli indicatori di esito, di fragilità e con la classificazione SOSIA degli ospiti. Le tre strutture si differenziavano nella organizzazione sanitaria dall'avere o meno una guardia medica attiva all'interno, rispetto al solo servizio di reperibilità medica.

Sono stati analizzati complessivamente 544 fascicoli sanitari (cartella clinica e infermieristica) degli ospiti delle RSA, di cui 174 (32%) relativi all'RSA Istituto Geriatrico Milanese, 144 (26,5%) relativi all'RSA Opera Pastor Angelicus e 226 (41,5%) relativi all'RSA Istituto Don Orione.

Al termine del trimestre sono stati raccolti i dati relativi alla classificazione SOSIA dei 544 Ospiti considerati nello studio e agli indicatori clinici di fragilità di ogni singolo ospite dell'RSA: albuminemia, presenza di decubiti, eventi sentinella (cadute, contenzione, CVP), misure di disabilità tramite indice di Barthel; oltre a ciò è stata fatta una rilevazione puntuale dai fascicoli sanitari degli eventi clinici avversi classificati secondo i criteri di gravità ACEs come parametro di instabilità clinica (Tab. I).

Si riportano in questo articolo solo alcuni dati dello studio e alcune riflessioni conclusive.

IL CAMPIONE

Si conferma che il campione considerato è particolarmente fragile, disabile ed affetto da polipatologia. L'età media degli ospiti è molto elevata, circa 85 anni. Il grado di disabilità è importante essendo l'indice di Bar-

thel medio 32/100, considerando un cut off di 60/100 il valore che discrimina la dipendenza funzionale totale da quella parziale. L'albuminemia media del campione è inferiore a 3,5 g/dl, mentre l'indice di comorbidità medio è di 5,3 patologie, con un indice di severità medio pari a 2,01 (patologie con gravità ≥ 3).

La media di ACEs per ospite nei tre mesi considerati è stata di almeno 2 eventi clinici avversi.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE E DATI DI PREVALENZA DELLA FRAGILITÀ

Il campione è rappresentato soprattutto da donne (84%), il 70% del campione presenta importante disabilità motoria (MI-SOSIA) e ben il 40% della popolazione indagata ha un'importante compromissione cognitiva (CI-SOSIA) a conferma che questo è un problema rilevante in RSA.

Una persona su cinque (22%) ha gravi problemi di alimentazione. Praticamente il 90% del campione presenta una grave comorbidità (SI-SOSIA). Almeno una persona su cinque ha avuto una caduta negli ultimi sei mesi (19%) e una persona su dieci presenta ulcera da decubito dal II al IV grado (10%). Una persona su cinque viene contenuta (21%), circa $\frac{3}{4}$ del campione (74%) presenta incontinenza urinaria e circa una persona su dieci è portatrice di catetere vescicale a permanenza (11,9%). Infine, a riprova dell'elevata disabilità, dipendenza ed elevato bisogno assistenziale di questi ospiti, quasi 1 su 5 (18%) ha associato gravi problemi di alimentazione allo stato di grave confusione mentale.

Nella Figura 1 viene riportata la percentuale di distribuzione nelle 8 classi SOSIA.

Tabella I - Classificazione SOSIA e indicatori clinici di fragilità dei 544 ospiti delle RSA oggetto dello studio.

	N.	Minimo	Massimo	Media	Deviazione St.
Età	544	52	107	85,04	8,5
SOSIA	544	1	8	3,5	2,3
I. Severità	544	0,09	3,2	2,01	0,3
I. Comorbidità	544	0	10	5,3	2,04
I. di Barthel	541	0	100	32,62	29,9
Albuminemia g/dl	538	1,3	4,7	3,2	0,53
ACEs	543	0	5	2,08	1,430

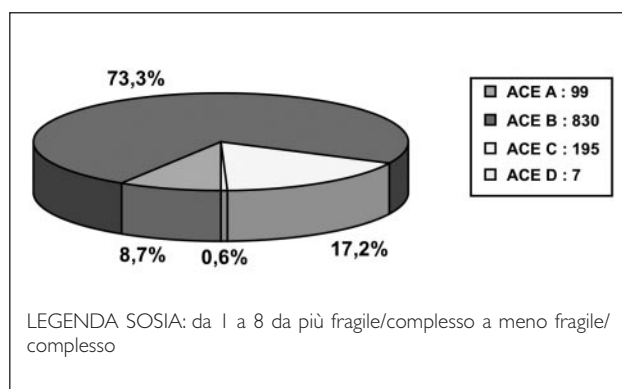


Figura 1 - Percentuale di distribuzione del campione nelle 8 classi SOSIA.

DISTRIBUZIONE ACES TOTALI PER GRAVITÀ E PATOLOGIA

Nei tre mesi dello studio sono stati rilevati 1131 ACEs, di cui 99 (8,7%) in **classe A** ovvero hanno richiesto monitoraggio medico/infermieristico inferiore ad un giorno senza intervento terapeutico, 830 (73,3%) in **classe B** ovvero hanno richiesto monitoraggio medico/infermieristico da uno a sette giorni con intervento terapeutico, 195 (17,2%) in **classe C** ovvero hanno

richiesto monitoraggio medico/infermieristico da otto a ventuno giorni con intervento terapeutico, 7 (0,6%) in **classe D** ovvero con danno funzionale residuo. Come già detto, gli ospiti delle tre Residenze Sanitarie Assistenziali hanno avuto una media di almeno 2 eventi clinici avversi nel periodo considerato.

Gli apparati maggiormente interessati sono stati: l'apparato respiratorio con 236 ACEs (20,8%), l'apparato gastrointestinale con 200 ACEs (17,6%) e l'apparato cardiovascolare con 148 ACEs (13%); 124 ACEs (10,9%) hanno riguardato l'ambito psichiatrico (ad esempio, episodi di agitazione psicomotoria, delirio, attacchi di ansia); solo 69 ospiti non hanno avuto ACEs (12,7%).

ANALISI DEI DATI

L'analisi statistica dei dati per le diverse variabili ha evidenziato che la classe SOSIA, come scala di fragilità, correla con altri indicatori di fragilità, come l'età, poiché al suo aumentare c'è una riduzione e peggioramento della classe SOSIA; l'albumina, la classe SOSIA aumenta con l'aumentare dell'albuminemia; l'indice di Barthel, all'aumentare del valore dell'indice di Barthel c'è un aumento della classe SOSIA; mentre le classi SOSIA non correlano con eventi clinici avversi presi nel globale, e si dimostra solo una modesta correlazio-

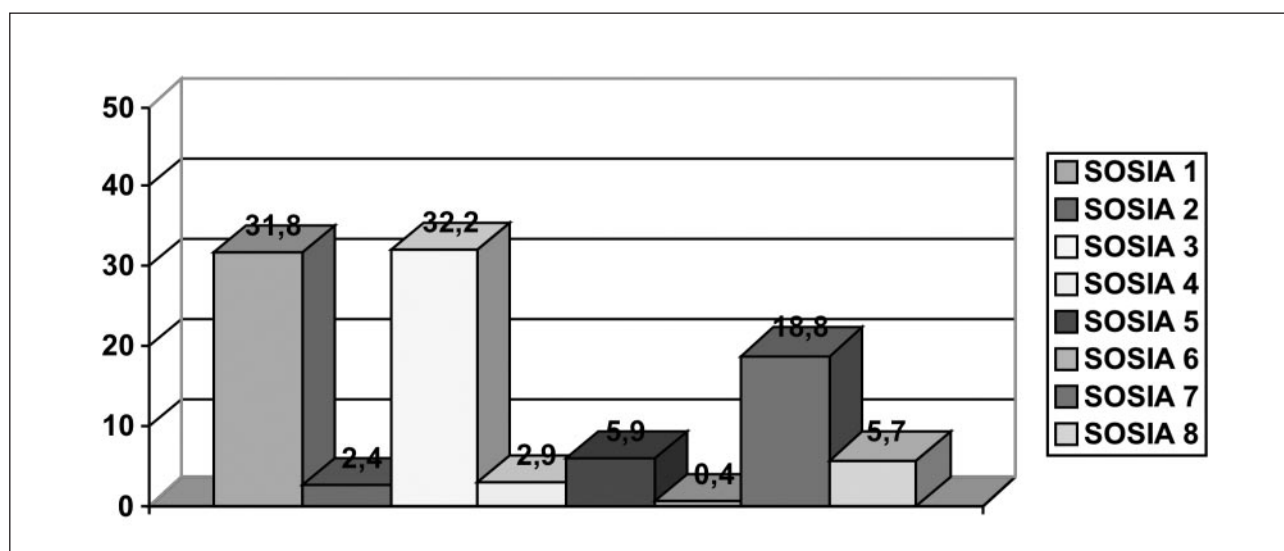


Figura 2 - Distribuzione ACEs per gravità.

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

ne con gli eventi clinici avversi quando scorporati per gravità (classi ACEs C+D).

Sono stati quindi analizzati gli indicatori di esito (ingresso, decesso, presenza, ospedalizzazione).

Nei tre mesi dello studio, complessivamente nelle tre RSA si sono avuti 48 decessi (35% stimato nell'anno) ed 80 nuovi ingressi.

La mortalità nel trimestre analizzato è stata significativamente diversa tra le strutture, Istituto Don Orione 14 decessi (6,2%), Istituto Geriatrico Milanese 17 (9,7%), Opera Pastor 17 (11,8%); per precisione vengono riportati i tassi di mortalità e ospedalizzazione standardizzati per 10000 giornate/degenza.

Istituto Don Orione: Tasso di mortalità 6,3/10.000 – Tasso di ospedalizzazione 4,21/10.000.

Istituto Geriatrico Milanese: tasso di mortalità 12,6/10.000 – Tasso di ospedalizzazione 12,6/10.000.

Opera Pastor Angelicus: tasso di mortalità 12,6/10.000 – Tasso di ospedalizzazione 13,09/10.000.

Dall'analisi statistica delle variabili, rispetto all'esito, si rileva che la media della classe SOSIA degli ospiti che sono deceduti nel corso del trimestre risulta significativamente inferiore (2,9) rispetto alla media della classe SOSIA degli ospiti che sono entrati in struttura nel periodo in studio (3,4) e degli ospiti già presenti (3,7). Il numero degli eventi clinici avversi più gravi (C+D), è risultato essere significativamente maggiore per i pazienti che nel breve periodo sono andati incontro ad exitus (1,04 deceduti contro 0,28 presenti e 0,35 entrati). L'indice di comorbidità risulta essere significativamente maggiore negli ospiti che sono deceduti nel trimestre (6,7) rispetto agli ospiti presenti (5,06) o ai nuovi ingressi (5,98). Inoltre l'indice di Barthel (16,48) e l'albuminemia (2,83) sono risultati essere statisticamente inferiori per gli ospiti che sono deceduti, rispetto a quelli presenti (IB 34,28 e Alb. 3,37) ed entrati (IB 33,73 e Alb. 3,04). Da segnalare come dato positivo l'incremento dei valori dell'albuminemia nei pazienti presenti da tempo nelle strutture (3,37) rispetto ai nuovi ingressi (3,04).

CONCLUSIONI

Lo studio ha messo in evidenza come le persone accolte in RSA siano particolarmente fragili con elevati bisogni di intervento assistenziale e sanitario.

Gli eventi clinici avversi, che a nostro parere rappresentano un aspetto importante della fragilità, non so-

no rilevati all'interno delle RSA. Dal nostro studio emerge che Fragilità e Instabilità clinica possono essere fattori indipendenti che si correlano nella gravità solo nella fase terminale della vita.

Il sistema di valutazione della fragilità SOSIA, predisposto dalla Regione Lombardia per la valorizzazione delle risorse utilizzate coerentemente con lo stato di bisogno dell'Ospite, rileva la complessità clinica tramite la comorbidità, ma non l'instabilità clinica; in tal modo non premia comportamenti virtuosi di gestione degli eventi clinici avversi più gravi all'interno della Struttura (ad esempio, guardia medica attiva interna rispetto alla reperibilità può garantire una migliore gestione degli ACEs). I tassi di mortalità e di ricovero in Ospedale sono significativamente diversi fra le strutture analizzate, e questo può essere in parte spiegato dalla diversa organizzazione sanitaria attuata.

Gli eventi clinici avversi indagati, presi nella loro globalità, sono indipendenti dalla fragilità rilevata da SOSIA, ma scorporati per gravità si correlano gli eventi più gravi con le classi di maggior fragilità di SOSIA. In particolare, ciò si evidenzia quando l'analisi prende in considerazione pazienti che nel breve periodo vanno incontro a decesso, che presentano maggior dipendenza e fragilità (classi SOSIA più gravi) e un maggior numero di ACEs gravi.

L'attuale valutazione SOSIA valorizza poco la complessità clinica e la spalma omogeneamente su tutte le classi di gravità SOSIA, non riconoscendo il maggior impegno di risorse richieste nelle fasi di maggiore instabilità clinica.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Bernardini B, Meinecke C, Zaccarini C, Bongiorno N, Fabbrini S, Gilardi C, Bonaccorso O, Guaita A. Adverse Clinical Events in Dependent Long Term Nursing Home Residents. JAGS 1993; 41: 105-11.

Bernardini B, Monete A, Bonaccorso O. Eventi acuti e subacuti nell'evoluzione della disabilità. G Gerontol 1996; 44 (12): 753-7.

Ferrucci L, Di Iorio A, Laurentani E, Benvenuti E, Bandinelli S. Fragilità e prevenzione della disabilità nell'anziano. G Gerontol 1999, Suppl. I: XLVII: 79-88.

Giunco F. Analisi dei dati derivanti dall'utilizzo della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza in 37 RSA della Lombardia. I luoghi della cura 2006; 1: 7-14.

Regione Lombardia - Famiglia e Solidarietà Sociale. Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (SOSIA). Manuale tecnico procedura SOSIA relativo al grado di fragilità degli ospiti delle RSA accreditate. Giugno 2003.

Trabucchi M, Casale G, Bonaccorso O, Guaita A. Assistenza e riabilitazione geriatrica. Linee guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital. Ed. Franco Angeli/Sanità, Milano 1998.

Utilizzo delle carte di controllo in ambito riabilitativo

Giuseppe Bellelli^{*#}, Marco Pagani^{}, Alessandra Marrè Brunenghi^{**}, Stella DeMicheli^{*}, Bruno Bernardini^{**}, Marco Trabucchi^{#§}**

* UO Riabilitazione Polifunzionale Casa di Cura Ancelle della Carità, Cremona

Gruppo di Ricerca Geriatria, Brescia

** Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, Ospedale Galliera, Genova

§ Università Tor Vergata, Roma

INTRODUZIONE

Il documento "Biotetica e riabilitazione", recentemente licenziato dal Comitato Nazionale di Bioetica (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2006), sottolinea come non vi possa essere un intervento riabilitativo che possa definirsi "eticamente appropriato" senza che gli attori della cura, medici, infermieri, OSA, OTA e fisioterapisti si impegnino a controllare la correttezza dei processi assistenziali ed a misurare gli outcomes di salute. Su questo tema si è largamente discusso di "etica dell'organizzazione", sottolineando come oggi l'intervento assistenziale implichi non soltanto istanze di natura pratico-organizzativa, ma anche teorica ed etica. Ciò nonostante, l'organizzazione delle procedure di cura in ambito ospedaliero e riabilitativo rimane per molti aspetti ancora carente. Infatti, soprattutto nei confronti delle persone fragili anziane e dementi, la prassi di controllare gli interventi assistenziali e di monitorare costantemente i risultati dei processi di cura appare per molti aspetti utopistica o lontana dal realizzarsi. A tal fine sono state proposte modalità di verifica dei risultati (e di controllo dei processi), alcune delle quali vengono di seguito discusse.

LE CARTE DI MONITORAGGIO DEI PROCESSI DI CURA

Le carte di monitoraggio (CDM) "infermieristiche"

Il cambiamento del modello di cura nell'attuale panorama sanitario (da un modello di cura orientato al

trattamento della malattia acuta ad un modello fortemente sbilanciato sul trattamento delle malattie croniche) ha significativamente modificato le competenze progettuali e gestionali delle figure dell'assistenza. Il profilo dell'infermiere e l'introduzione di nuove figure di supporto (quali gli operatori socio-sanitari, OSS) favoriscono il modello della pianificazione e progettazione come costruzione, tra i diversi attori dell'assistenza, del significato e del senso delle azioni da intraprendere. A questo scopo è fondamentale la comunicazione, la discussione ed il dialogo tra tutte le figure dell'assistenza (medico, infermiere, OSS, terapeuta della riabilitazione). Perché ciò non rimanga soltanto un obiettivo a cui tendere, ma diventi una conquista acquisita, è necessario identificare le priorità della cura, pianificare gli interventi e suddividere i compiti tra le figure dell'équipe. Oggi, per decreto regionale, in ogni unità di riabilitazione della regione Lombardia, l'équipe ha il dovere di compilare entro 72 ore dall'ingresso in struttura il cosiddetto "Progetto Riabilitativo Individualizzato" (PRI) con la finalità esplicita di identificare gli obiettivi della cura e la definizione dei compiti per ogni membro dell'équipe. È un percorso necessario ma che spesso rischia di restare soltanto una nobile dichiarazione di intenti. Non sempre, infatti, al PRI consegue un'analisi di monitoraggio/controllo delle procedure di assistenza effettivamente adottata. Ciò può essere dovuto ad almeno due impedimenti: un primo può essere legato alla difficoltà di strutturare sempre ed in ogni gruppo l'abitudine a lavorare insieme; un secondo, ma non meno significativo, è legato alla mancanza di stru-

MATERIALI DI LAVORO

menti specifici per il controllo delle procedure. Si prenda ad esempio il caso dell'idratazione: tutte le figure usualmente concordano sulla necessità di stimolare l'idratazione in un paziente anziano a rischio di disidratazione o incapace di assumere autonomamente i liquidi. Anche se è chiaro chi debba rilevare il rischio (medico e infermiere) non sempre si è tempestivi nel mettere in atto le procedure di controllo. Bisogna, inoltre, affinare la capacità di organizzare un programma di gestione delle procedure assistenziali che ponga sullo stesso piano, in termini di dignità di mansione, la somministrazione dei liquidi con altre procedure igienico-assistenziali specifiche per ruolo professionale.

Nella UO Riabilitazione Polifunzionale della casa di Cura "Ancelle della Carità" di Cremona, sono state approntate alcune carte di monitoraggio (CDM). La prima è stata approntata per l'idratazione: si tratta di uno strumento utilizzato dal personale di assistenza (infermieri, OTA e OSS) che consente di verificare in momenti predefiniti della giornata (alla fine di ogni turno) se l'introito è corrispondente alle attese del progetto assistenziale. Ogni figura coinvolta nel progetto di assistenza (e non soltanto una di queste) utilizza la CDM e verifica se il compito ("fare assumere un bicchiere di liquidi al paziente") è stato assolto correttamente. L'infermiere ha il ruolo di controllore/osservatore del progetto assistenziale, ed eventuali difficoltà nell'assunzione dei liquidi gli devono essere prontamente comunicate. Un eventuale impedimento al raggiungimento dell'obiettivo assistenziale viene discusso (in tempi rapidi) nel progetto riabilitativo da tutti i componenti dell'équipe. Un'altra CDM è stata approntata per i pazienti con patologie respiratorie croniche gravi (insufficienze respiratorie); pazienti affetti da patologie di questo tipo sono infatti sempre più presenti nei reparti di riabilitazione specialistica e geriatrica, ed il bisogno di avere a disposizione strumenti che permettano di monitorare in modo preciso ed efficace le modalità di gestione degli ausili per la respirazione è molto sentito dall'équipe. La CDM da noi approntata (Tab. I) permette:

- a) di precisare gli orari di somministrazione di ogni singolo presidio (occhialini, maschera di Venturi, ventilazione meccanica non invasiva) prescritto dal medico per il paziente;
- b) di quantificare il monte-ore di erogazione di ogni singolo presidio nell'arco delle 24 ore;
- c) di ridurre i margini di errori dell'infermiere nell'erogazione della terapia prescritta e del medico nella

sotto/sopravalutazione del tempo "effettivo" di erogazione del presidio stesso (sulla CDM è possibile segnalare se alcuni interventi programmati non sono stati attuati per problemi di salute del/la paziente);

- d) di favorire la comunicazione tra il personale operante su turni differenti in merito a quanto è stato pianificato per il singolo paziente.

Le carte di monitoraggio (CDM) "riabilitative"

Le CDM possono essere utilizzate non soltanto per controllare le procedure, ma anche per controllare i risultati intermedi durante il percorso riabilitativo. Ciò è fondamentale per modulare quest'ultimo sulla base dei risultati acquisiti nel corso della degenza e permette al terapeuta della riabilitazione di partecipare più attivamente al progetto stesso. Poiché si assume che lo stato funzionale rappresenta un indicatore grossolano ma molto sensibile delle condizioni cliniche (ad un peggioramento funzionale corrisponde quasi invariabilmente in un soggetto anziano un peggioramento del quadro clinico), la CDM ha anche un carattere anticipatorio in termini di informazioni al clinico. Presso la UO Riabilitazione Polifunzionale della casa di Cura "Ancelle della Carità" di Cremona sono state approntate, sull'esperienza di altre unità di riabilitazione (Cappadonia et al., 2006) alcune CDM che sono state definite "patologia" o "disabilità" specifiche. Le CDM "patologia specifiche" sono state predisposte per la frattura di femore, l'artroprotesi di anca e di ginocchio, per l'ictus cerebri e per i parkinsonismi, mentre le CDM "disabilità specifiche" sono state predisposte per i disturbi dell'equilibrio e della marcia, per le sindromi respiratorie (BPCO, insufficienza respiratoria, ecc.) e lo scompenso cardiaco. Più specificamente, per la frattura di femore, l'artroprotesi di anca e di ginocchio, le CDM misurano con cadenza settimanale i cambiamenti di punteggio in tre items del Barthel Index (trasferimenti, deambulazione, scale); per l'ictus cerebri viene valutata la variazione degli score nella *Motor Assessment Scale* (MAS), mentre per i Parkinson-parkinsonismi si verificano i cambiamenti alla subscale 3° (motoria) della *Unified Parkinson's Disease Rating Scale*. Per le CDM "disabilità specifiche" si registrano i cambiamenti funzionali con la scala di Tinetti (disturbi dell'equilibrio e della marcia) e/o con la 6-minutes walking test distance

Nome _____		Età _____		Diagnosi _____		Stanza n. _____	
------------	--	-----------	--	----------------	--	-----------------	--

Data _____	Orari somministrazione																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Totale ore
BI-PAP																										
MV																										
OCCHIALINI																										
MASCHERA																										
BI-PAP: lt/min _____; IPAP _____; EPAP _____; MV: l/min _____; Occhialini: l/min _____; Maschera: l/min _____																										
EAB	ph _____; PCO ₂ _____; PO ₂ _____; HCO ₃ _____; BE _____; SO ₂ _____																									

Data _____	Orari somministrazione																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Totale ore
BI-PAP																										
MV																										
OCCHIALINI																										
MASCHERA																										
BI-PAP: lt/min _____; IPAP _____; EPAP _____; MV: l/min _____; Occhialini: l/min _____; Maschera: l/min _____																										
EAB	ph _____; PCO ₂ _____; PO ₂ _____; HCO ₃ _____; BE _____; SO ₂ _____																									

Data _____	Orari somministrazione																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Totale ore
BI-PAP																										
MV																										
OCCHIALINI																										
MASCHERA																										
BI-PAP: lt/min _____; IPAP _____; EPAP _____; MV: l/min _____; Occhialini: l/min _____; Maschera: l/min _____																										
EAB	ph _____; PCO ₂ _____; PO ₂ _____; HCO ₃ _____; BE _____; SO ₂ _____																									

Figura I - Esempio di carta di monitoraggio per pazienti con patologie respiratorie in corso di O₂ terapia.

Data valutazione									
Articolarità	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Forza	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Dolore	NO	SI	Mobil Carico				Score		
Postura	Allettato		Seduto		In piedi				
Carico	No		Parziale		Totale				
Barthel deamb	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel trasfer	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel scale	0 ☐	2 ☐	5 ☐	8 ☐	10 ☐				
Ausilio	NO		SI						
Difficoltà apprendimento ausili e/o procedure		☐ 0. Nessuna ☐ 1. Lieve ☐ 2. Grave.							
Problemi, altre									

Data valutazione									
Articolarità	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Forza	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Dolore	NO	SI	Mobil Carico				Score		
Postura	Allettato		Seduto		In piedi				
Carico	No		Parziale		Totale				
Barthel deamb	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel trasfer	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel scale	0 ☐	2 ☐	5 ☐	8 ☐	10 ☐				
Ausilio	NO		SI						
Difficoltà apprendimento ausili e/o procedure		☐ 0. Nessuna ☐ 1. Lieve ☐ 2. Grave.							
Problemi, altre									

Data valutazione									
Articolarità	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Forza	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Dolore	NO	SI	Mobil Carico				Score		
Postura	Allettato		Seduto		In piedi				
Carico	No		Parziale		Totale				
Barthel deamb	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel trasfer	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel scale	0 ☐	2 ☐	5 ☐	8 ☐	10 ☐				
Ausilio	NO		SI						
Difficoltà apprendimento ausili e/o procedure		☐ 0. Nessuna ☐ 1. Lieve ☐ 2. Grave.							
Problemi, altre									

Data valutazione									
Articolarità	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Forza	FL	ES	AB	AD	RI	RE			
Dolore	NO	SI	Mobil Carico				Score		
Postura	Allettato		Seduto		In piedi				
Carico	No		Parziale		Totale				
Barthel deamb	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel trasfer	0 ☐	3 ☐	8 ☐	12 ☐	15 ☐				
Barthel scale	0 ☐	2 ☐	5 ☐	8 ☐	10 ☐				
Ausilio	NO		SI						
Difficoltà apprendimento ausili e/o procedure		☐ 0. Nessuna ☐ 1. Lieve ☐ 2. Grave.							
Problemi, altre									

Figura 2 - Esempio di carta di monitoraggio per pazienti sottoposti ad intervento chirurgico dopo frattura di femore.

(6'WTD) (sindromi respiratorie e scompenso cardiaco). Il terapeuta della riabilitazione è tenuto a compilare settimanalmente la CDM per ogni singolo paziente, discutendo eventuali problemi (mancato miglioramento o marcato peggioramento) con il medico ed il fisiatra nella riunione settimanale. I possibili vantaggi derivanti dall'uso delle CDM si possono così riassumere:

- permettono di monitorare nel tempo e con strumenti oggettivi l'andamento di ogni singolo paziente dal punto di vista delle prestazioni funzionali, superando l'attuale prevalente procedura decisionale fondata su aspetti burocratici (i "tetti" dei tempi di degenza stabiliti dalla ASL);
- facilitano il flusso delle informazioni tra i componenti dell'équipe;
- permettono di intercettare eventi clinici intercorrenti associati ad una perdita funzionale (ad esempio una perdita funzionale o un mancato miglioramento possono anticipare la comparsa di delirium);
- permettono di ipotizzare il raggiungimento del massimo recupero possibile per il paziente in base alla mancata progressione del recupero funzionale;
- permettono di confrontare i risultati ottenuti su pazienti con medesime problematiche pur utilizzando tecniche riabilitative differenti.

DALLE CARTE DI MONITORAGGIO ALLE CARTE DI CONTROLLO

La teoria

Si potrebbe obiettare che non sempre ad una standardizzazione dei processi di cura corrispondono outcomes migliori. In questo senso, uno sforzo necessario è quello di sistematizzare non soltanto le procedure (attraverso le CDM infermieristiche e riabilitative) ma anche le traiettorie attese di recupero funzionale per ottenere valori di riferimento che consentano ai riabilitatori di svolgere il proprio lavoro senza autoreferenzialità. Purtroppo, ad oggi, la scienza della riabilitazione non è stata ancora capace di fornire risultati convincenti in questo ambito. Più di un ricercatore ha lamentato l'insufficienza e la limitatezza degli sforzi profusi denunciando, come conseguenza di questa incapacità ad identificare parametri di riferimento, la totale autonomia di comportamento da parte dei singoli riabilita-

tori (Marsden e Greenwood, 2005). Chiunque lavori in reparti di riabilitazione sa infatti che la prognosi funzionale dei pazienti è basata il più delle volte su un mix di informazioni clinico-funzionali (talora desunte in modo approssimativo), esperienza dei singoli operatori e collaborazione-motivazione percepita da parte dell'équipe più che su dati circostanziati. Inoltre, i tempi di trattamento dei singoli pazienti sono non sempre determinati da variabili cliniche ma anche da variabili organizzative (ad esempio il numero e la formazione dei terapisti, la disponibilità e l'allocatione delle palestre) (Hoenig et al., 1996). A supporto di questa affermazione, sono stati recentemente pubblicati alcuni lavori scientifici che dimostrano come i pazienti più compromessi per quanto concerne lo stato di salute complessivo, o le performances cognitive, tendono a recuperare di meno dal punto di vista funzionale, non soltanto perché non in grado di tollerare carichi di lavoro impegnativi, ma anche perché, in assenza di prescrizioni specifiche, vengono di fatto sottoposti ad un trattamento riabilitativo meno intensivo (Bellelli et al., 2002; Lenze et al., 2004).

Un tentativo di colmare le lacune in questo ambito, identificando curve ideali di recupero per pazienti (relativamente) omogenei in termini di caratteristiche cliniche e funzionali, avrebbe indubbiamente importanti ricadute sul piano clinico e programmatico-organizzativo. Si potrebbe infatti definire già all'ammissione in reparto una prognosi funzionale attesa, le modalità di trattamento più appropriate ed i tempi di degenza necessari per i pazienti; in caso di mancato recupero, o di mancato rispetto dei tempi di recupero previsti, si potrebbero rimettere in discussione il progetto riabilitativo ed i trattamenti effettuati.

L'idea di realizzare modelli grafici per controllare la relazione tra procedure ed outcomes nacque nel Regno Unito. Walter A. Shewhart ne fu il pioniere, implementando per primo dei sistemi standardizzati di controllo dei processi manifatturieri (Cappadonia et al., 2006; Mohammed et al., 2001), che portarono un grande impulso ed un miglioramento complessivo della qualità dei prodotti fino ad allora realizzati. Egli sviluppò un metodo grafico conosciuto come carta di controllo (CDC) che consentiva di definire un target (valore normativo di riferimento) con il minimo di variazioni (scostamenti) possibili dalla media. Secondo questo schema, la qualità era definita come l'insieme dei processi finalizzati a raggiungere il target senza discostarsi dai limiti di confidenza (le variazioni possibili). Più re-

MATERIALI DI LAVORO

centemente, Flaherty e Kane hanno introdotto il concetto di "glidepaths" in ambito geriatrico per indicare i confini all'interno dei quali il medico deve sapersi muovere tendendo al target di riferimento (Flaherty et al., 2002; Kane, 2004). Il termine "glidepath" è mutuato dall'aeronautica ed indica, letteralmente, i segnali luminosi e sonori che la torre di controllo utilizza per aiutare il pilota dell'aereo in fase di atterraggio: essi rappresentano certamente un grande aiuto per il pilota che, tuttavia, continua ad essere il principale responsabile dell'atterraggio mantenendo il controllo del velivolo. Per similitudine, i segnali luminosi sul monitor rappresentano, in ambito sanitario, i massimi scostamenti possibili dalla striscia tratteggiata al centro che, a sua volta, è il target di riferimento.

Dalla teoria alla pratica: quale utilità per le CDC?

Le CDC possono essere utilizzate in ambito sanitario per numerosi scopi, tra i quali i più importanti sono legati al controllo dei macro-outcomes (come la mortalità a 90 giorni per pazienti con frattura di femore) o dell'efficacia delle procedure di cura erogate (Todd et al., 1995). In questo senso le CDC consentono un benchmark esterno (tra ospedali) ed interno (all'interno del singolo reparto) e potrebbero costituire, almeno in teoria, un significativo avanzamento concettuale rispetto agli attuali sistemi di qualità (utilizzati negli ospedali di alcune regioni italiane), che non vincolano il rispetto delle procedure al raggiungimento degli obiettivi. Qualora infatti, attraverso analisi matematiche, fosse possibile includere in un unico database le CDM riabilitative di un numero consistente di pazienti provenienti da più strutture, si potrebbero identificare "curve attese" di recupero funzionale, stabilire limiti di variabilità e, secondariamente, ipotizzare tariffe di pagamento differenziate in base ai risultati ottenuti. Quei reparti (e quegli ospedali) in grado di mantenere il proprio livello qualitativo nei limiti di confidenza attesi, e di avvicinarsi il più possibile al target di riferimento, potrebbero infatti ricevere contributi maggiori, a discapito di strutture (e/o reparti) inadempienti sotto questo profilo. Non è impossibile immaginare che uno scenario di questo tipo potrebbe configurare una rincorsa alla qualità dei servizi, basata non più sul rispetto di standard strutturali e procedurali ma sugli outcomes.

Presso l'UO Riabilitazione Polifunzionale "Ancelle del-

la Carità" di Cremona sono stati raccolti nell'anno 2006 le CDM riabilitative di 170 pazienti ricoverati per frattura di femore nei due anni precedenti. Per ognuno di questi sono state misurate, con cadenza settimanale, le variazioni di score in 3 items motori del Barthel Index, oltre che altri parametri contenuti nella CDM. Sulla base dell'andamento settimanale i terapisti hanno modulato il proprio intervento e sono stati rivisti i progetti riabilitativi insieme al medico di reparto ed al fisiatra. Attualmente i dati sono utilizzati per individuare le traiettorie di recupero attese, per gruppi differenti alla baseline.

Si ritiene che l'introduzione di metodologie oggettive di valutazione del paziente da riabilitare rappresenti una svolta molto incisiva nelle modalità di controllo dell'intervento riabilitativo. Ciò è ancora più valido nel paziente anziano nel quale la complessità clinica rende più difficile un giudizio empirico di efficacia dei trattamenti.

BIBLIOGRAFIA

- Bellelli G, Frisoni GB, Pagani M, Magnifico F, Trabucchi M. Does cognitive performance affect physical therapy regimen after hip fracture surgery? *Aging Clin Exp Res*. In press.
- Bellelli G, Guerini F, Bianchetti A, De Palma D, Ther P, Trabucchi M. Medical comorbidity and complexity of the rehabilitative procedures for older patients with functional impairments. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50 (12): 2095-6.
- Cappadonia C, Corsini C, Pagani M, Volontà L, Bernardini B. Dalla valutazione multidimensionale geriatrica ai percorsi di cura integrati. In: Bonaiuti D. Le scale di misura in riabilitazione, Ed. SEU, Roma 2006.
- Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The development of outpatient Clinical Glidepaths. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50 (11): 1886-901.
- Hoening H, Rubenstein L, Kahn K. Rehabilitation after hip-fracture-equal opportunities for all? *Arch Phys Med Rehab* 1996; 77 (1): 58-63.
- Kane R. Origin of the term "glidepaths". *J Am Geriatr Soc* 2004; 52 (4): 651-2.
- Lenze EJ, Munin MC, Dew MA, Rogers JC, Seligman K, Mulsant BH, Reynolds CF 3rd. Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19 (5): 472-8.
- Marsden J, Greenwood R. Physiotherapy after stroke: define, divide and conquer *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76 (4): 465-6.
- Mohammed AM, Cheng KK, Rouse A, Marshall T. Bristol, Shipan, and clinical governance: Shewhart's forgotten lessons. *Lancet* 2001; 357 (9254): 463-7.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. Bioetica e riabilitazione, 17 marzo 2006.
- Todd CJ, Palmer C, Camilleri-Ferrante C, Freeman CJ, Laxtan CE, Pancer MJ, Payne BV, Rushtan N. Differences in mortality after fracture of hip: the East Anglian audit. *BMJ* 1995; 311 (7011): 1025.

La rete dei servizi per l'anziano a Brescia: cure domiciliari ed RSA a confronto

Carmelo Scarcella*, **Fausta Podavitte****, **Chiara Mattanza**, **Renzo Rozzini**,
Marco Trabucchi

* Direttore Generale ASL di Brescia

** Direttore Sociale ASL di Brescia

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

Il sistema socio-sanitario italiano è stato fortemente messo in crisi, nell'ultimo decennio, dalla problematica dell'invecchiamento della popolazione. La progressiva e rapida crescita degli ultra-sessantacinquenni, sebbene accompagnata da un positivo miglioramento delle loro condizioni di salute, impone una generale riconsiderazione delle politiche e dei servizi dedicati a questi cittadini, sia per un'esigenza oggettiva sia per venire incontro ad un bisogno soggettivo. Infatti, nonostante le condizioni di salute della fascia di popolazione anziana risultino per lo più buone (il 50% circa ritiene adeguato il proprio stato di salute e il 32,3% soddisfacente), la maggiore preoccupazione tra gli anziani italiani rimane il problema della possibile perdita, in futuro, dell'autosufficienza, che rende necessario l'intervento di un'assistenza continuativa (Collicelli et al., 2005).

La non autosufficienza riguarda una parte rilevante della popolazione anziana, anche se vi sono alcuni segni positivi di un suo controllo (Istat, 2005): il 32% si sente fortemente vincolata da un disturbo del cammino e, tra questi, il 75,5% incontra difficoltà dovute ad ostacoli presenti nella propria abitazione. Anche le malattie croniche e le comorbidità assumono una forte rilevanza: l'80,6% soffre infatti di più di una malattia cronica (Censis-Assr, 2004). In particolare, più della metà (56,5%) risulta essere affetta da artrite o artrosi, il 39,7% da ipertensione, il 25,3% da osteoporosi ed il 13,4% da diabete mellito. Si tratta di malattie la cui prevalenza è aumentata negli ultimi anni, e che hanno un'importante ricaduta sull'aspetto funzionale poiché determinano disabilità (Parker e Thorslund, 2007).

Ad oggi, 3/4 degli anziani italiani, in caso di malattia o di invalidità, riceve aiuto dai figli, il 40% dal coniuge/convivente, il 20% da altri parenti. Molto spesso, però, si tratta di un carico assistenziale che le famiglie faticano a sostenere. Questa condizione potrebbe peggiorare a causa dei cambiamenti delle strutture familiari (meno figli, meno matrimoni, aumento dei nuclei monocomponenti), inducendo una maggiore richiesta di aiuto pubblico (formale) per la non autosufficienza (Censis-Pfizer, 2004).

In questi ultimi anni l'aumentata richiesta di cura ha sollecitato le Istituzioni allo studio ed alla definizione di politiche assistenziali differenziate ed adeguate alle richieste in costante evoluzione e cambiamento. Il bisogno di sostegno è stato, in primis, garantito tramite il sistema delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Tuttavia, a fronte di una risposta sempre più qualificata in termini assistenziali e sanitari, tali istituzioni hanno dovuto ben presto confrontarsi con una realtà multiforme caratterizzata dall'incremento del numero di domande di ricovero rispetto ai posti disponibili, e del numero di ospiti clinicamente complessi (affetti da severa disabilità funzionale, altamente comorbidi o affetti da demenza con disturbi del comportamento) (Zanetti e Bianchetti, 2006). D'altra parte, il crescente numero di malati cronici stabili con problemi di autosufficienza, che però non esprimevano il desiderio o la necessità di un ricovero in struttura protetta, ha determinato la creazione di un sistema di servizi domiciliari che ha rappresentato una risposta alternativa rispetto alla RSA (con minori costi, anche umani, e spesso con buona soddisfazione dell'utente) (Dotti et al., 2006). In Italia il sistema di assistenza territoriale ha preso av-

ESPERIENZE

vio in ritardo rispetto ad altri Paesi Europei, soprattutto in alcune Regioni (Coleman, 1995; Marini e Porrini, 2004). Per tale motivo, negli ultimi anni, sono stati predisposti numerosi strumenti a livello legislativo (dall'implementazione dell'ADI agli assegni di cura), in grado di accrescere l'offerta di questi servizi (Collicelli et al., 2005).

OBIETTIVI

In questa logica complessiva, scopo dello studio è paragonare due realtà assistenziali (RSA e Cure Domiciliari) nell'ASL di Brescia, presa ad esempio per i modelli innovativi da essa attuati, al fine di verificare la capacità di risposta ai bisogni dei cittadini fragili, anziani e non anziani.

METODI

L'ASL di Brescia ha adottato nel 1999 un sistema di valutazione multidimensionale delle persone assistite, compilato dagli operatori socio-sanitari e successivamente informatizzato. Per quanto riguarda le Cure Domiciliari, sono utilizzate scale di valutazione internazionali, integrate da item della scheda SOSIA (acronimo per "scheda di osservazione intermedia di assistenza") (SOSIA, 2003) per una puntuale ed omogenea valutazione dei livelli di autosufficienza; la scheda SOSIA è inoltre il sistema di valutazione utilizzato nelle RSA. Gli item della scheda SOSIA considerati nel presente studio riguardano i seguenti domini: autosufficienza (deambulazione, alimentazione, igiene personale) e disturbi del comportamento (confusione, irritabilità, irrequietezza).

È stata considerata inoltre la comorbidità tramite il numero di patologie, dedotta dalla scala CIRS (Parmalee et al., 1995). La valutazione è stata effettuata dal personale della RSA per i pazienti ricoverati nelle strutture protette, dalle équipe multidisciplinari dell'ASL per i malati assistiti al domicilio e per le richieste di accesso alle RSA (negli 8 Distretti in cui viene gestita una lista unica di accesso). Sulla base delle caratteristiche di ogni paziente è stato creato un piano individualizzato di assistenza. I risultati della rilevazione effettuata sulle persone in carico delle Cure Domiciliari (ADI, Voucher e Credit) sono stati poi confrontati con quelli relativi ai ricoverati in RSA.

RISULTATI

Dati epidemiologici

L'ASL di Brescia è composta da 164 Comuni articolati in 12 Distretti, organizzati in 6 Aree Gestionali. Il totale della popolazione assistita, per l'anno 2006, è stato di 1.093.708 individui. Di questi, 199.662 (pari al 18,2%) superano i 64 anni, dei quali i maschi rappresentano il 40%. Gli over 74 sono 91.322 e la distribuzione per sesso rispecchia, grosso modo, quella precedente (66% femmine). La struttura del campione riflette ancora una volta la longevità delle donne rispetto agli uomini (Tab. 1).

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione assistita per sesso e per età nell'ASL di Brescia (2006).

	Femmine (%)*	Maschi (%)*	Totale (%)**
> 64 anni	118.976 (60%)	80.686 (40%)	199.662 (18.2%)
> 74 anni	60.650 (66%)	30.672 (34%)	91.322 (8%)

* Percentuale dei due sessi.
 ** Percentuale del gruppo di età sul totale della popolazione.
 Fonte: Nostra elaborazione dati INPS.

La rete dei servizi offerti dalla Azienda Sanitaria Locale di Brescia è complessa e ricca: consta, infatti, di 85 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) accreditate in grado di fornire 5.989 posti letto, dei quali 205 per pazienti affetti da Malattia di Alzheimer e 39 per pazienti in stato di coma vegetativo; 3 strutture di Riabilitazione; 2 Hospice Residenziali con 16 posti letto; 43 Centri Diurni Integrati (destinati a diventare 45 nel 2007). L'ASL, inoltre, è responsabile del funzionamento delle Cure Domiciliari, erogate attraverso 18 enti accreditati esterni, e direttamente dalle sue articolazioni territoriali. Le Cure Domiciliari sono divise in attività estemporanea ed ADI tradizionale. Si sono poi aggiunti, dal luglio 2003, il Voucher Socio-Sanitario e, dall'aprile 2005, il sistema Credit.

Dal 1999 l'ASL utilizza un modello organizzativo per l'Area Anziani rivolto a garantire risposte qualificate ed integrate alle pluralità dei bisogni dei pazienti compro-

messi nella loro autonomia, e delle loro famiglie. Esso si basa su tre principi:

- 1) la gestione integrata della rete dei servizi attivi sul territorio;
- 2) l'attivazione di 18 equipe territoriali, (UCAM, Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale), che svolgono l'importante compito di valutazione dei bisogni, di programmazione dell'accesso ai servizi, oltre che di counseling. Le equipe sono composte da: medico di distretto, infermiera, assistente sociale e medico di medicina generale, con il supporto di altri specialisti come fisiatra, geriatra, medico palliativista e psicologo;
- 3) elaborazione ed utilizzo di strumenti di lavoro omogenei e condivisi come le scale di valutazione multidimensionale, il Sistema Informatico unico per l'area anziani e la banca dati condivisa (costantemente aggiornata ed implementata anche dagli erogatori accreditati di Voucher e Credit).

La percentuale degli assistiti dalle Cure Domiciliari nel 2006 è dell'1,08% (11.767) sul totale della popolazione dell'ASL. Di questi, gli over 74 rappresentano la maggiore parte (6.001 donne, 2.551 uomini); il rap-

porto tra femmine e maschi è nettamente a favore delle prime (3:1) (Fig. 1). Questo dato ha una duplice spiegazione: con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il numero delle donne per un fenomeno epidemiologico noto (maggiore mortalità maschile). Inoltre, la maggior parte delle donne anziane vive sola; ne consegue che sono proprio le donne che quando sperimentano un'iniziale perdita dell'autosufficienza diventano fruitrici delle cure domiciliari.

Il paziente assistito al domicilio può ricevere più tipologie di prestazioni: in base alle diverse necessità e al variare dei bisogni, le UCAM garantiscono la rivalutazione del pacchetto dei servizi di assistenza e la sua eventuale modifica, senza interruzione delle prestazioni stesse.

La maggior parte dell'assistenza fornita è di tipo estemporaneo (senza piano di intervento specifico): 9.132 pazienti ne hanno fruito nel 2006. Il sistema dei Voucher Socio-Sanitari ha permesso invece di curare 2.633 persone, suddivise in 3 profili in base alle necessità assistenziali. 1.729 cittadini sono stati serviti dall'ADI tradizionale (attività che richiede un piano di intervento con un valore economico inferiore sia al Voucher che al Credit),

mentre 1.573 pazienti hanno usufruito dei Credit. Tale prestazione prevede interventi solo sanitari e/o riabilitativi al domicilio, ad intensità più bassa del Voucher. Anche il Credit si articola su 3 livelli di assistenza. Sia per il Voucher che per il Credit, come per l'ADI, viene predisposto un Piano Individualizzato di Assistenza (PAI).

I pazienti possono avvalersi, nel tempo, di varie tipologie di prestazioni grazie alla flessibilità dei servizi dell'ASL che sanno cogliere con rapidità i mutamenti delle esigenze del malato. Nel 2006, 2.858 assistiti hanno fruito di più di una tipologia di assistenza con continuità (Tab. 2).

Le RSA dell'ASL offrono in totale 5.989 posti letto. Nel 2006 si sono prese cura di 8.243 pazienti di cui 6.347 donne

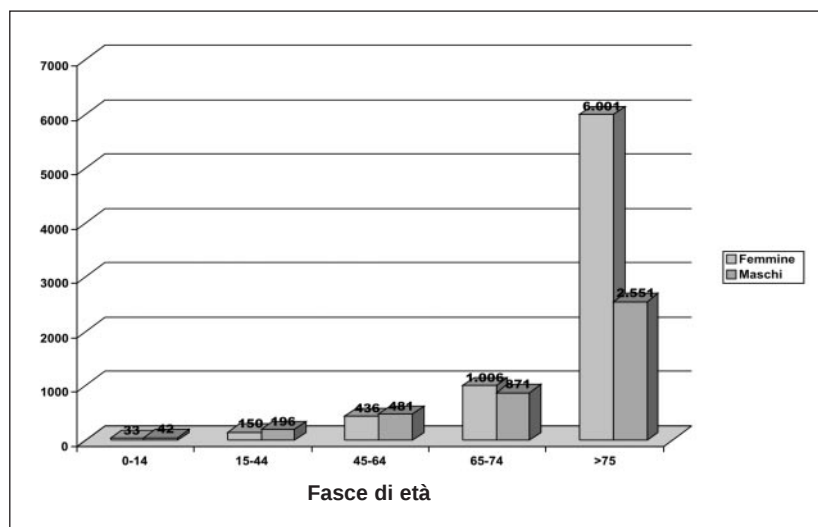


Figura 1 - Numero degli assistiti al domicilio dalle cure domiciliari, suddivisi per fasce di età e sesso.

Tabella 2 - Pazienti suddivisi per numero di prestazioni domiciliari usufruite nel 2006.

Numero di prestazioni	1	2	3	4	5	6
Numero di pazienti	3.076	1.796	756	236	65	5

(77%), con un turnover del 37.64%. I pazienti cognitivamente compromessi ed affetti da disturbi del comportamento (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) sono presenti in percentuale elevata (86%); di questi, il 43% presenta BPSD di grado severo.

CONFRONTO RSA CURE DOMICILIARI

Nel corso dello studio sono stati confrontati i dati relativi all'autosufficienza dei pazienti seguiti dalle Cure Domiciliari rispetto a quelli in RSA. La differenza tra i due gruppi non è statisticamente significativa: i pazienti a casa risultano gravemente compromessi nella deambulazione, nell'alimentazione e nell'igiene personale rispettivamente per il 43%, 29% e 53%, *versus* il 46%, 22% e 60% dei degenti delle RSA (Figg. 2 a e b). Questi dati dimostrano come la dipendenza completa nelle principali BADL (*Basic Activities of Daily Living*) non sia un fattore discriminante per la gestione domiciliare del paziente anziano fragile.

I pazienti seguiti dalle Cure Domiciliari presentano un grado di comorbidità sovrapponibile a quello dei ricoverati in RSA. La percentuale dei malati affetti da 2 a 7 patologie croniche, rilevate attraverso la scala CIRS, sul totale degli assistiti seguiti al domicilio, infatti, non si discosta in modo significativo da quella dei pazienti con le stesse caratteristiche cliniche, ma residenti in RSA (77% *versus* 74%). Solo i pazienti con maggiore comorbidità (numero di patologie croniche superiore a 8) vengono più frequentemente assistiti in RSA (23% *versus* 13%) (Fig. 3).

Nei pazienti cognitivamente compromessi, i disturbi del comportamento (BPSD) di grado moderato-severo si rilevano in una percentuale elevata nei residenti in RSA: 64% confusione, 33% irritabilità, 26% irrequietezza. Al domicilio i BPSD di grado moderato-severo sono comunque presenti, anche se in percentuali significativamente inferiori: 22% confusione, 9% irritabilità, 10% irrequietezza (Fig. 4).

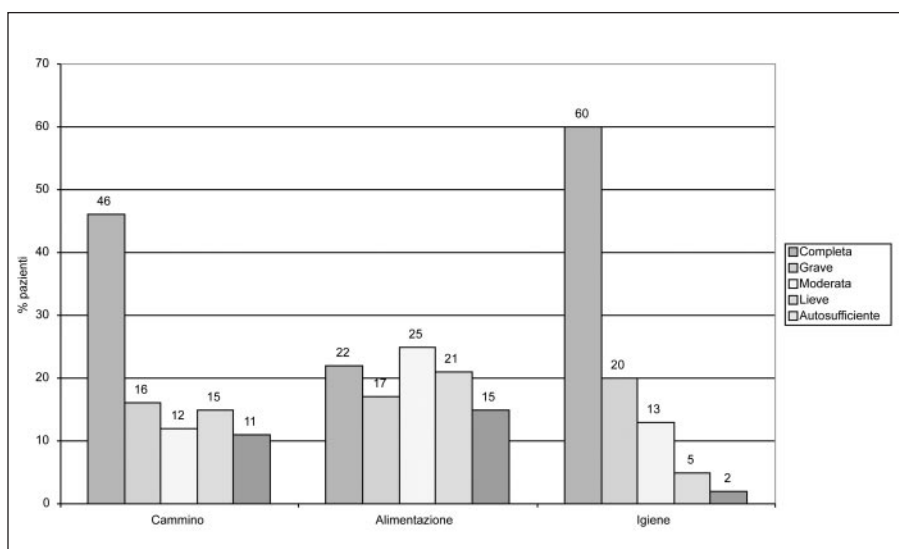


Figura 2a - Grado di dipendenza in RSA.

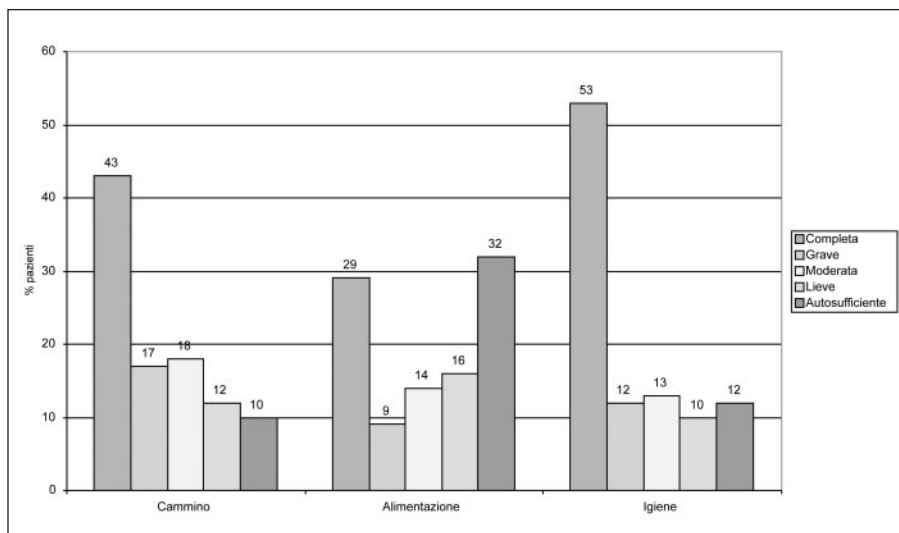


Figura 2b - Grado di dipendenza nelle cure domiciliari

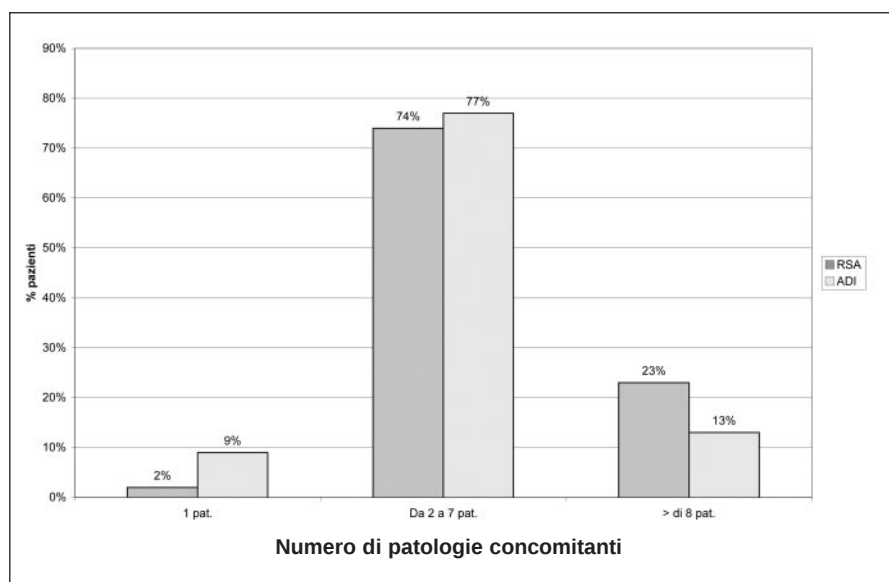


Figura 3 - Livello di comorbidità negli ospiti delle RSA rispetto agli assistiti dalle cure domiciliari.

DISCUSSIONE

L'ASL di Brescia assiste una popolazione anziana numerosa (il 20% è composto da ultra 65enni), di sesso prevalentemente femminile. Il numero di malati assistiti dalle Cure Domiciliari è circa l'1% (n. 11.767) sul totale della popolazione dell'ASL; questo dato risulta interessante se paragonato al numero dei malati seguiti a casa nella Regione Lombardia nel 2003, che non superava le 45.000 unità (Collicelli et al., 2005). Ciò potrebbe indicare che l'ASL di Brescia ha un "carico" assistenziale notevole legato alla particolare caratteristica epidemiologica della

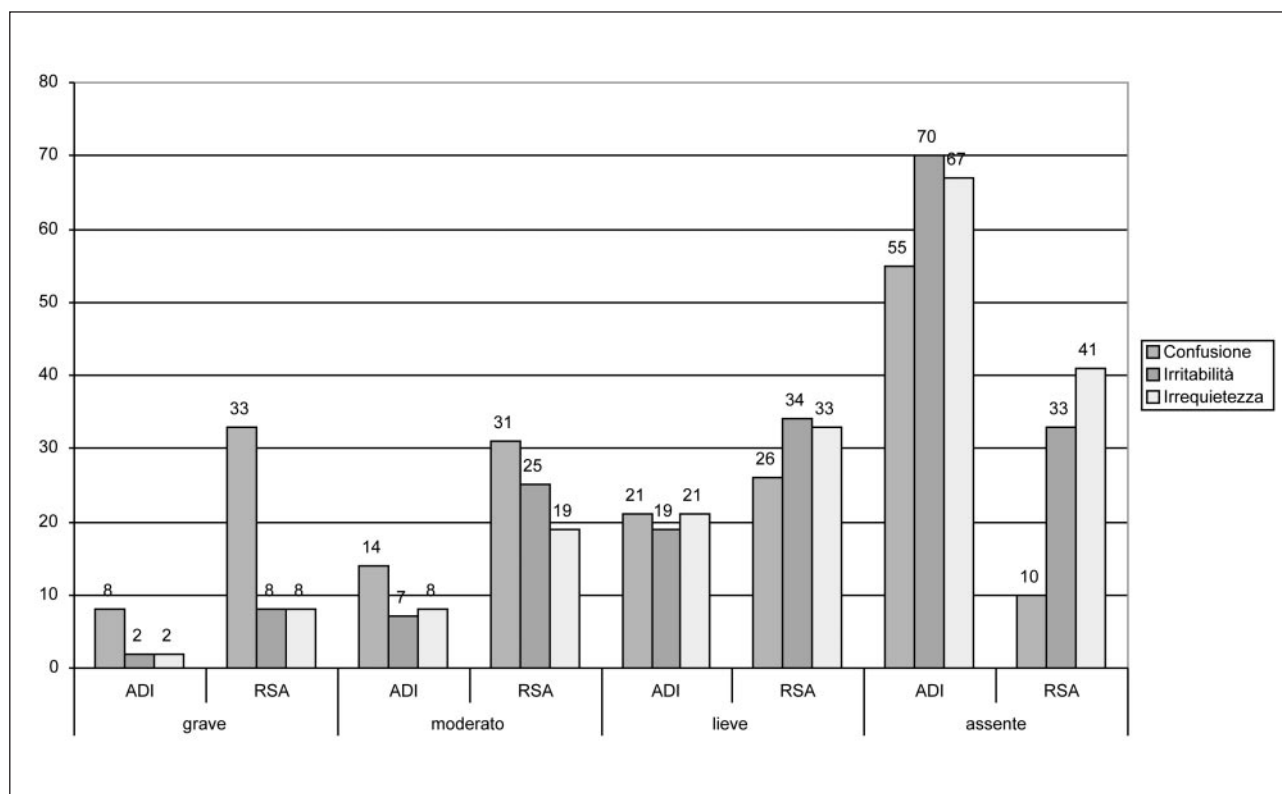


Figura 4 - Prevalenza dei disturbi del comportamento negli ospiti delle RSA rispetto agli assistiti dalle cure domiciliari.

ESPERIENZE

popolazione; oppure, che il sistema è stato in grado, negli ultimi anni, di aumentare la propria capacità di risposta alla richiesta di servizi territoriali. Peraltro, il numero dei pazienti seguiti a casa è superiore a quelli curati in RSA nel corso dello stesso anno solare: circa 12.000 contro 8.000. La flessibilità ed adattabilità dei servizi domiciliari si evince anche dal numero e dalla tipologia di prestazioni erogate nel corso dell'anno. Il fatto che circa un terzo dei pazienti abbia usufruito di più di una tipologia di assistenza è indicativo di un sistema in grado di rivalutare i bisogni, riducendo lo spreco di risorse (Zanetti e Bianchetti, 2006).

Dal confronto dei dati fra Cure Domiciliari ed RSA emergono alcune considerazioni: le prime sono in grado di occuparsi dei malati con una gravità clinico-assistenziale moderata: tre anziani su quattro tra quelli seguiti a casa. Sembrerebbe quindi che il sistema territoriale sia in grado di curare pazienti con molte malattie croniche, ma stabili nel tempo (poche riacutizzazioni), e non i malati con eventi acuti frequenti che richiedono invece un ambiente a maggiore intensività, come la RSA.

Un dato interessante riguarda il grado di autosufficienza, mediamente non differente nei due gruppi di malati. Un punto di analisi per il futuro sarà quello di valutare se l'attuale tipologia di assistenza offerta dalle Cure Domiciliari potrà risultare ancora efficace, e per quale tipologia di cittadini, prevedendo un ulteriore aggravamento delle persone anziane a fronte del progressivo allungamento della vita. Un altro punto riguarda la rilevazione di eventuali ricadute negative, a lungo termine, sul malato (inadeguata assistenza), determinate da squilibri del sistema familiare per conflittualità, disagio, stress ed eventuali malattie del caregiver principale.

La qualità delle Cure Domiciliari viene valutata sia attraverso la Customer Satisfaction (somministrata alla maggior parte dei pazienti) sia il monitoraggio costante degli obiettivi di cura raggiunti. Il servizio territoriale riesce anche a farsi carico di malati affetti da demenza che, oltre a presentare problemi di autosufficienza, hanno disturbi del comportamento. Tuttavia, i dati riguardanti il grado di gravità dei BPSD mostrano come i malati affetti da demenza al domicilio siano quelli con disturbi tali da non scardinare le capacità di cura e supervisione del sistema di assistenza e della famiglia. I pazienti affetti da demenza e BPSD di grado severo, invece, hanno maggiore probabilità di essere ricoverati precocemente in RSA in quanto il carico e lo stress as-

sistenziale, protratti nel tempo, gravano pesantemente sul sistema di cura formale ed informale al domicilio. Le Cure Domiciliari ritardano il ricovero in RSA perché forniscono alcuni supporti medici e sanitari o semplicemente alleggeriscono lo stress del familiare, spesso fattore di istituzionalizzazione precoce (Marini e Porrini, 2004). Tuttavia, oltre un determinato livello di gravità globale, l'assistenza domiciliare non è verosimilmente più in grado di supportare la famiglia, che ricorre alla RSA. Questa ipotesi resta da dimostrare appieno: esistono altri fattori che portano ad un differente percorso di cura in malati con decadimento funzionale pressoché sovrapponibile? Quale dei due servizi è il più appropriato per uno specifico anziano?

Una serie di fattori devono essere valutati: per primo, il ruolo decisionale del paziente sulla scelta del tipo di assistenza. Non sempre, in passato, ciò è stato possibile a causa dell'esiguità delle alternative di cura: l'evoluzione della rete dei servizi deve indurre gli operatori socio-sanitari a dare maggiore spazio alle scelte del malato e, solo in secondo luogo, ai bisogni e alle preferenze delle famiglie. Queste, infatti, esprimono scelte anche in base a fattori non clinici quali le risorse economiche, il numero dei familiari, le dinamiche psicologiche, la loro disponibilità e le scelte religiose o etiche di fondo, che sono diverse da un nucleo familiare all'altro.

Va precisato che la rete locale si compone anche di altre unità di offerta quali i CDI (Centri Diurni Integrati) che a loro volta possono rispondere ad alcuni bisogni degli anziani e delle loro famiglie, riducendo il numero di richieste di assistenza a casa ed anche di ricovero in RSA. Questa tipologia di servizio è attiva per 6 giorni la settimana, per 8 al giorno, ed ha permesso di assistere 1.094 persone nel corso del 2006.

CONCLUSIONI

Lo studio dimostra che, nell'ASL di Brescia, le Cure Domiciliari e le RSA riescono a far fronte ai bisogni sempre crescenti dei cittadini anziani, anche se i dati riguardanti la diffusione dei vari servizi sono ancora inferiori rispetto a quelli di altri Paesi Europei (Stuart e Hansen, 2006). I risultati relativi all'autosufficienza ed alla comorbidità mostrano solo lievi differenze a livello assistenziale tra i due gruppi, ponendo quindi di fronte all'interrogativo sulle reali capacità da parte dei due servizi di rispondere in modo selettivo ai bisogni dei

cittadini anziani. Le due popolazioni risultano diverse in modo significativo solo per la gravità dei disturbi del comportamento: i malati seguiti al domicilio presentano in media BPSD di grado lieve, mentre in RSA prevalgono BPSD severi.

Per rispondere in modo adeguato sia al numero elevato di persone che perdono l'autonomia, sia alla pluralità dei loro bisogni, è sempre più necessario avere la disponibilità di reti complesse ed articolate. A tal fine, lo studio rappresenta un punto di partenza per analisi più dettagliate, collegate anche alla rilevazione di outcome. In particolare, la rilevazione dei dati relativi alla mortalità potrebbe rappresentare un'importante fonte di informazioni relative alla reale efficacia, oltre che all'efficienza, dei servizi della ASL.

BIBLIOGRAFIA

Censis-Assr: Sviluppo ed estensione della metodologia di analisi della domanda di salute e della soddisfazione dei cittadini verso il SSN, 2004.

Censis-Pfizer: Invecchiare in salute, Cinque Regioni a confronto. CENSIS, 2004.

Coleman BJ. European models of long-term care in the home and community. *Int J Health Serv* 1995; 25 (3): 455-74.

Collicelli C, Vaccaro CM, Lubrano G, Manacorda T, Mariniello E, Pardini L. Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti. Fondazione Censis - Centro Studi Investimenti Sociali - Roma luglio 2005.

Dotti C, Casale G, Zacchi V, Lavaglio P, Fazione U. SOSIA classification of the frail elderly in nursing homes of region of Lombardy. *Ann Ig* 2006; 18 (5): 439-51.

ISTAT. Rapporto sulle Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, 2005.

Marini MG, Porrini AL. Linee di indirizzo di alcuni paesi europei sull'assistenza domiciliare e ospedaliera integrata. *Prospettive Mediche*, Aprile 2004.

Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist* 2007; 43 (2): 150-8.

Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43 (2): 130-7.

SOSIA: Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza. "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA). Delibera della Giunta Regionale n. 12618 del 7/4/2003.

Stuart M, Hansen EB. Danish home care policy and the family: implications for the United States. *Aging Soc Policy* 2006; 18 (3-4): 27-42.

Zanetti E, Bianchetti A. La rete dei servizi per gli anziani. In: Rozzini R, Morandi A, Trabucchi M. Persona, salute, fragilità. Vita e Pensiero, Milano 2006: 205-17.

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

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione
Italiana di Psicogeriatrica

Volume cartonato
di 624 pagine
f.to cm 22x28
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali



Identità e senso nei percorsi della cronicità

Gianbattista Guerrini

Assessorato Servizi Sociali Comune di Brescia

La letteratura sull'invecchiamento, a partire dal *De Senectute* scritto da Cicerone nel 44 a.C. fino all'*Elogio della vecchiaia* di Paolo Mantegazza ed alle numerose pubblicazioni degli ultimi anni (cito solo, del tutto arbitrariamente, *La forza del carattere* di James Hillman del 2000 e, su un altro versante, le testimonianze di Rita Levi Montalcini, o di Arrigo Levi, o dello psichiatra tedesco Claude Olievenstein), è prodiga di riflessioni apologetiche sulla vecchiaia, l'età in cui sarebbe possibile "portare a compimento il carattere" come scrive Hillman, completare la propria traiettoria esistenziale, liberarsi dei fardelli del superfluo per conseguire la propria piena identità.

"Il premio di una vecchiaia riuscita", secondo Olievenstein (1999) è "la conquista della libertà".

La stessa medicina gerontologica e geriatria ha d'altra parte costruito il suo corpus dottrinale e i suoi indubbi successi proprio sul rifiuto di un'interpretazione rassegnata e riduttiva della vecchiaia e sulla valorizzazione, al di là della malattia e della disabilità, delle riserve funzionali, delle potenzialità residue, dei nuovi equilibri possibili. In realtà è ben noto che i percorsi individuali di invecchiamento sono contrassegnati da un'estrema variabilità, in virtù dell'intervento di molteplici fattori di ordine biologico e genetico, ma anche, e soprattutto, di ordine storico, geografico, sociale, economico, psicologico. E non è sempre facile difendere o addirittura portare a compimento un'identità che sembra sgretolarsi nei lamenti del corpo malato, nelle limitazioni funzionali che negano l'automatismo anche ai gesti più semplici, nelle nebbie della memoria, nella solitudine che sopravvive alle perdite e ai lutti.

"Chi vive in mezzo ai vecchi (scriveva Norberto Bobbio nel 1996, a otto anni dalla sua morte, nel suo lucido pessimismo – "pessimista di stato d'animo, non di concetto" – si definiva), sa per quanti di loro la tarda

età è diventata, anche grazie ai progressi della medicina, che spesso non tanto ti fa vivere ma ti impedisce di morire, una lunga, e spesso sospirata, attesa della morte. Non tanto un continuare a vivere, ma un non poter morire". Sono parole molto amare, che interrogano a fondo chi come me opera quotidianamente nelle residenze per gli anziani ammalati, nelle RSA, con i più fragili tra i fragili. Certo, le strutture residenziali per gli anziani non sono più i "cronicari" di un tempo. Ma non può lasciarci indifferenti quanto scrive Robert Kane, ancora nel 2000, a proposito delle nursing home americane: "la casa di riposo ... è figlia bastarda della casa di carità e dell'ospedale, ed esprime le caratteristiche peggiori di entrambi i genitori. I pazienti ed i professionisti evitano di andarci. È considerata l'ultima spiaggia, proprio come gli ospedali del 19° secolo. Lo stereotipo è quello di un luogo brutto, spesso puzzolente, e popolato da persone fragili e spesso dementi".

Una lettura provocatoria, indubbiamente. Ma è proprio nella RSA, dove più drammatico diventa l'intreccio tra polipatologia, dipendenza funzionale e demenza, dove la convivenza non è scelta, dove tempi e modi del vivere rischiano di rispondere alla irrazionalità della "logica istituzionale" più che ai desideri/bisogni/ esigenze dei ricoverati, dove aleggia onnipresente l'angoscia della morte, che è difficile, ed è e deve essere un impegno prioritario per noi, proprio perché difficile, aiutare i vecchi a mantenere la propria identità, a conservare o a ritrovare un senso alla propria esperienza di vita.

La signora Maria M., nata in Sicilia nel 1912, dalla morte del marito, nel 1980, inizia a presentare i primi sintomi di deterioramento cognitivo, e si trasferisce a vivere con la figlia.

È sempre stata, per la figlia, una figura importante: chiusa, introversa, non facile alle confidenze, con una certa

tendenza alla malinconia e alla depressione, ma al tempo stesso dolce, materna, accondiscendente ("mi ha sempre lasciata libera di compiere le mie scelte") e di forte personalità ("mi induceva a fare quello che voleva senza alzare la voce, apparentemente senza forzarmi"). I rapporti col genero sono sempre stati buoni, di reciproco rispetto. Nel 1986, a seguito di una frattura di femore, viene ricoverata nella nostra RSA (la figlia, che ancora lavora, non è in grado di garantire l'assistenza richiesta dalle limitazioni funzionali e dal deficit cognitivo). Nell'arco di qualche anno la sindrome demenziale evolve fino alla perdita totale delle competenze cognitive, alla afasia totale, alla perdita di ogni margine di autonomia: da 12 anni la signora Maria è allettata, con una postura in flessione dei quattro arti; afasica, incapace di ogni movimento spontaneo, anche dello sguardo, viene alzata di peso dal letto e sistemata in carrozzella; presenta turbe disfagiche, viene alimentata con difficoltà con cibi semiliquidi e idratata grazie all'uso di addensanti.

La figlia, che nel frattempo è andata a sua volta in pensione, e che ha visto naufragare il suo matrimonio (si è separata, è senza figli), si dedica giornalmente, con amorevolezza, alla madre, dal primo pomeriggio fino al dopo cena: la nutre, la idrata, ne cura la cute, il cavo orale, l'igiene intima, la posiziona nel letto, ne controlla il colorito cutaneo, la temperatura corporea, la qualità del respiro.

Da anni, senza un giorno di riposo, senza un'ora di ritardo! Afferma di "essersi rassegnata all'inevitabile peggioramento delle condizioni della madre", anche se si sente ancora emotivamente ed affettivamente legata a lei e lascia trasparire ancora, a distanza di tanti anni, i sensi di colpa ("avrò fatto bene? avrò agito per il meglio?"), oltre alla stanchezza, sempre attribuita al disagio "fisico": la distanza da casa alla RSA, il clima ...), e ad un forte senso di solitudine (non ha altri parenti, non ha amici, al di fuori dell'ambiente istituzionale, con i quali condividere la sua esperienza).

Riconosce di essere forse troppo coinvolta nella vicenda della madre, ma "non poteva e non può farne a meno", così come non può mancare all'appuntamento quotidiano. Anche perché è convinta di essere ancora in grado di comprendere i bisogni e i desideri della madre, di riuscire a comunicare con lei, ad onta della sua afasia e della sua totale immobilità.

Quale identità permane dietro questo volto e questo corpo che da molti anni, almeno così appare, hanno rinunciato ad ogni contatto col mondo?

"Una donna vecchia può essere utile semplicemente in quanto figura da apprezzare per il suo carattere. Come un ciottolo sul fondo di un fiume può darsi che si limiti a stare lì, immobile, ma il fiume deve tenerne conto e, a causa della sua presenza, modificare la propria corrente" (James Hillman, *La forza del carattere*, 2000). Forse il senso di questa esistenza sta proprio nel suo "stare lì, immobile", da sopravvissuta, verrebbe da dire, nel fluire della vita, nel suo obbligarci a ricostruirne e a riconoscerne l'identità, dietro la maschera dell'amimia, ad interrogarci sul senso della nostra esistenza e del nostro operare. Ma forse questa vecchia mantiene piena la sua identità nella quotidiana relazione con la figlia, la sua vita recupera un senso, più profondo, nell'impegno di cura della figlia: un impegno costante, un donarsi totale, che negli anni ne ha riempito l'esistenza, che le ha consentito di gioire dei pochi frammenti di luce che rompono il buio della lunga malattia; una capacità di pietas che le ha permesso di riavvicinarsi, un paio di anni fa, nella condivisione dell'esperienza del dolore e della malattia inguaribile, al marito separato approdato, nel frattempo, ad una vicina RSA, per concludervi la propria traiettoria di vita.

Lucia P. è nata a Nocera Inferiore (SA) nel 1923, e vi è vissuta fino al 1976, quando per seguire il marito si è trasferita a Brescia.

Vedova da 24 anni, ha avuto due figli, entrambi morti. A Brescia abitano la nuora e due nipoti.

Viveva in un alloggio modesto ma ben tenuto (con l'aiuto dei servizi domiciliari comunali), pieno di mobili, di fotografie, di ninnoli, di bambole. Amava cucire; faceva le carte, leggeva la mano, prediceva il futuro.

Affetta da morbo di Parkinson, gonartrosi, artrosi della spalla sinistra con sublussazione della testa omerale, rottura della cuffia dei rotatori a destra, obesità, BPCO e cardiopatia ischemica cronica ed ipertensiva, da un paio d'anni presentava progressive difficoltà nella deambulazione, con andatura a piccoli passi, solo all'interno della sua abitazione.

Nel marzo del 2002, dopo un ricovero ospedaliero motivato da un'artrite gottosa, viene trasferita in una RSA per un tentativo di riabilitazione, senza esito.

Nel settembre del 2002 entra nella nostra RSA. Cognitivamente integra, con tono dell'umore depresso, è totalmente dipendente nelle ADL (riesce appena a portare una mano al volto, per asciugarsi la bocca, talvolta per mangiare), viene alzata di peso dal letto in carrozzella, dove rimane per quasi tutta la giornata (ri-

SPUNTI DI DIBATTITO

fiuta categoricamente di rientrare a letto per un riposo pomeridiano).

Dal suo ingresso ha affrontato molti episodi clinici importanti: un'occlusione intestinale da briglia con peritonite stercoracea da rottura di un'ansa ileale, un secondo episodio di occlusione intestinale da aderenze con peritonite purulenta, la deiscenza della ferita chirurgica con una voluminosa ernia in sede di laparotomia, frequenti riacutizzazioni bronchitiche, un episodio di insufficienza respiratoria restrittiva ed ostruttiva da atelettasia del lobo polmonare sinistro per probabile fenomeno ab ingestis.

Nonostante questo, Lucia ha continuato a lottare e a restare aggrappata al suo passato, alla sua storia (ricorda quando era giovane, quando andava a ballare ed era ammirata per la sua bellezza; e poi il rapporto col marito; e ancora, dopo la vedovanza, la sua abilità nel tenere la casa, nel cucinare, nel confezionare i vestiti anche per i nipoti), alla sua famiglia (la nuora, e soprattutto i due nipoti, le fanno visita più volte alla settimana).

Non si rassegna: piange quando l'alzata ritarda anche solo di un'ora; il tentativo di metterla a dieta (per contenere la diastasi dei retti) è stato presto abbandonato per la sua totale indisponibilità; ben presto si è dovuto rinunciare anche alla dieta per disfagici introdotta dopo l'episodio di ab ingestis, e la prima richiesta di un cibo normale da lei avanzata è stata "la mozzarella di bufala", che un medico compiacente e un po' inco-sciente le ha procurato di persona (d'altra parte ha avuto ragione la paziente: è trascorso più di un anno,

e Lucia è riuscita a mangiare, senza problemi (e senza denti!) anche la pizza).

Attualmente un'importante macroglossia si è aggiunta alla disfonia extrapiramidale, ed al suo stretto accento campano, nel renderle sempre più difficile farsi comprendere: spesso non è sufficiente un supplemento di pazienza, devono essere chiamati a soccorso i nipoti, o qualche operatore meridionale.

Non è un'ospite facile, la signora Lucia (non lo è mai stata, nemmeno quando era seguita a domicilio). Non riesce a rassegnarsi all'immobilità forzata, e se ne lamenta. Ci tiene ad essere ben vestita, truccata, pettinata. Vorrebbe più disponibilità al colloquio, si irrita se non riesce a farsi capire. Desidera soprattutto un rapporto privilegiato: col medico, con la fisioterapista, con i nipoti.

Il volto di Lucia, il suo corpo prigioniero delle distonie extrapiramidali, la sua voce che si spegne presto in un soffio incomprensibile, non appaiono diversi dai volti inespressivi, dal corpo immobile, dai silenzi di altre donne, prigioniere della fortezza della demenza. Ma cercano ancora, disperatamente, di conservare un'identità, di riaffermare il senso di un'esistenza ferita ma non ancora piegata. Spetta a noi seppellirla anzitempo sotto l'indifferenza della routine assistenziale, o aiutarla a sentirsi ancora, come lei fortemente vuole, una donna speciale.

Perché anche là dove non è possibile spezzare i vincoli della cronicità, possiamo almeno tentare, come ci suggerisce Louis Platon, di "risvegliare il piacere di vivere in coloro che si affidano a noi, accettando le nostre cure".

J.E. Morley, M.S.J. Pathy, A.J. Sinclair

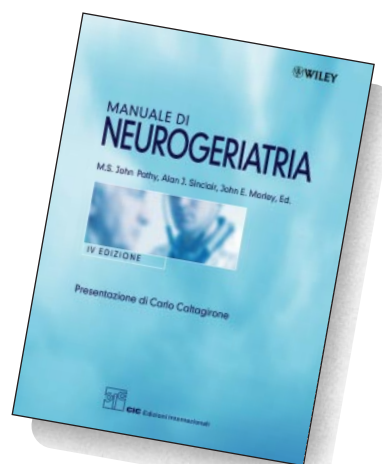
MANUALE DI NEUROGERIATRIA

Presentazione di C. Caltagirone

**Volume cartonato
di 588 pagine
€ 60,00**



CIC Edizioni Internazionali





FeelDry™ la nuova dimensione dell'asciutto, che moltiplica le tue risorse.

Grazie ad un impareggiabile asciutto, i nuovi ausili assorbenti TENA con *FeelDry™* aiutano a ridurre le perdite e i trattamenti per la cura della pelle, ottimizzando il cambio degli ausili.

FeelDry™, crea un nuovo standard tra gli ausili assorbenti. Questa innovazione vi consentirà di vincere la sfida del miglioramento nella qualità dell'assistenza, bilanciando i bisogni del personale ed il benessere degli ospiti, con le esigenze di Budget.

FeelDry™, in combinazione con TENA Services, vi consentirà di migliorare la qualità dell'assistenza, la gestione dei costi e la motivazione del personale.



TENA | L'Assistenza Migliore ad un Costo Totale Minore

www.tena.it | info@tena.it@sca.com | Tel +39 0331 443811 | Fax +39 0331 443881