

ISSN 1723 - 7750

# *I luoghi della cura*

Anno VII - N. 1  
Marzo 2009  
TRIMESTRALE

1/2009

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

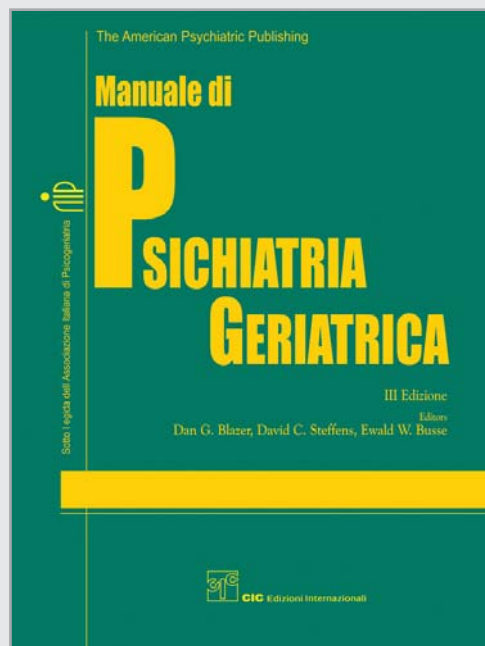
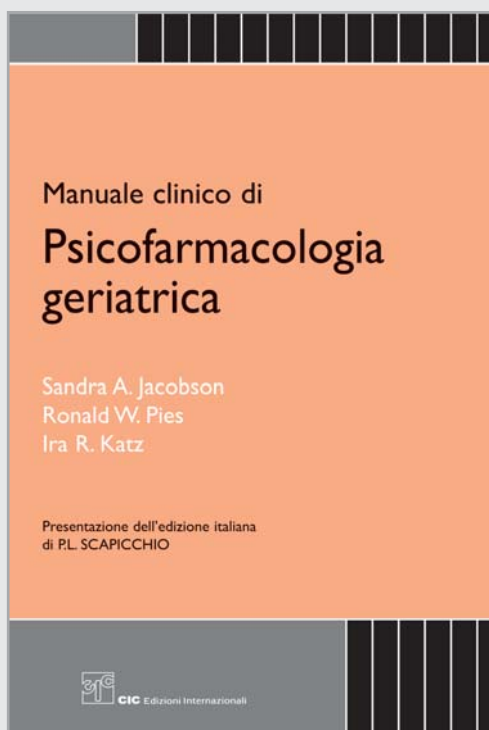


**CIC** Edizioni Internazionali

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

# Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Volume broccurato di 830 pagine  
f.to cm 16x23  
€ 70,00



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

# MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese  
Sotto l'egida dell'Associazione Italiana  
di Psicogeriatrica

Volume cartonato di 624 pagine  
f.to cm 21x28  
€ 120,00



**CIC** Edizioni Internazionali

## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

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

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

### Area pubblicità

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

### Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio  
garzonio@grupppoc.it  
Fabio Regini  
regini@grupppoc.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@grupppoc.it  
Sito web: www.grupppoc.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

R.O.C.: 6905/128611

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 marzo 2009

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

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

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

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

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2009



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

### L'importanza dell'attività fisica in età avanzata

*Antonio Cherubini, 5*

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

### Le misure per la non autosufficienza: l'esperienza della Liguria

*Anna Bancho, 7*

## MATERIALI DI LAVORO

### Attività motoria e stimolazione cognitiva

*Mirco Neri, Francesca Neviani, Barbara Manni, 17*

## ESPERIENZE (ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI)

### La riabilitazione geriatrica. Alla ricerca di strumenti per mappare i percorsi clinici e misurare gli outcomes dei pazienti anziani: il sistema IPER

*Giuseppe Bellelli, Bruno Bernardini, Marco Trabucchi, 20*

### Il movimento come stile di vita per gli anziani: un progetto integrato di prevenzione e promozione della salute

*Andrea Imeroni, 29*

# Annuario Sanità Italia 2009

Un peccato non averlo,  
un privilegio possederlo!



L' Annuario Sanità Italia 2009 da ben 20 anni è:

- + il miglior partner di chi investe nella ricerca, nell'aggiornamento e nel progresso medico-scientifico
- + lo strumento di lavoro al servizio della professione medica
- + la soluzione completa e conveniente ad ogni esigenza dei professionisti della Sanità

Indispensabile e prezioso per

- + effettuare ricerche e consultazioni
- + svolgere analisi di mercato mirate e specifiche
- + realizzare operazioni di direct marketing
- + essere aggiornato sul quadro normativo di settore

**Periodicità:** Annuale  
**Uscita:** Marzo  
**Tiratura media:** 10.000 copie  
**Formato:** mm 170 x 240  
**Composizione opera:** due volumi  
**Prezzo di copertina:** € 100,00  
**CD ROM:** € 180,00\*  
**CD ROM + cartaceo:** € 100,00\* + 100,00

\*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

[www.annuariosanita.it](http://www.annuariosanita.it)

Tel +39 06.69380070

**EDITORIALE  
PUBLIACI**

## L'importanza dell'attività fisica in età avanzata

**Antonio Cherubini**

*Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia*

*Chi non trova tempo per l'attività fisica,  
troverà tempo per le malattie.  
Proverbia ebraico*

**L'**essere umano è fatto per muoversi. Il movimento permette all'individuo di interagire con l'ambiente, di spostarsi da un luogo all'altro e di compiere le attività quotidiane. Il movimento è inoltre necessario all'organismo per mantenersi in buona salute ed efficienza. Per millenni l'attività fisica ha rappresentato per l'uomo una necessità, dapprima per procurarsi il cibo con la caccia e per fuggire dalle situazioni di pericolo, successivamente per lavorare la terra quando l'agricoltura ha acquistato il ruolo di fonte principale di sostentamento. È solo a partire dal XIX secolo, con l'avvento della società industriale, che il movimento è diventato sempre meno necessario, ed ancor più nella civiltà post-industriale, nella quale la maggior parte dei lavori sono di fatto sedentari.

Ma ad una società così fortemente caratterizzata dalla inattività fisica, quale è quella attuale, si è arrivati anche perché la componente anziana è aumentata fino a rappresentare una quota numericamente rilevante, pari a circa un quinto della popolazione nei Paesi occidentali. L'individuo, nel corso dell'invecchiamento, va incontro ad una naturale riduzione dell'attività fisica dovuta in parte a motivi di ordine biologico, come dimostrato dal fatto che tale fenomeno è stato osservato in numerose specie animali con l'avanzare dell'età. Tuttavia, sarebbe un grave errore ritenere che l'invecchiamento di per sé giustifichi lo stile di vita sedentario che viene condotto dalla maggior parte degli anziani. Le malattie e la presenza di disabilità, che interessano un numero elevato di soggetti in tale segmento della popolazione, hanno indubbiamente un ruolo importante. Un motivo altret-

tanto rilevante è di natura socio-culturale in quanto fa riferimento al modello di sviluppo che si è affermato, con la crescente urbanizzazione, alla diffusione dei mezzi di trasporto ed infine alla disponibilità di strumenti di comunicazione sempre più efficienti che ha comportato un progressivo abbandono dell'attività fisica, in rapporto anche ad una sottostima dei suoi importanti e numerosi benefici (Cherubini et al., 2002).

Indipendentemente dai fattori biologici, medici e socio-culturali che possono spiegare le dimensioni epidemiche della sedentarietà nelle società occidentali, le sue ripercussioni negative in termini di salute pubblica e benessere individuale, soprattutto in età avanzata, sono incalcolabili.

La comunità scientifica internazionale ha acquisito solo negli ultimi decenni piena coscienza dei rischi della sedentarietà, grazie a numerose ricerche che ne hanno dimostrato inequivocabilmente l'importanza come uno dei principali determinanti del modo di invecchiare e dell'insorgenza e progressione di numerose malattie (quali ipertensione arteriosa, diabete, cardiopatia ischemica, ictus, depressione, demenza, osteoporosi) così come del livello di autonomia funzionale dell'individuo anziano. Parallelamente, i risultati di studi scientifici rigorosi hanno chiaramente documentato i benefici dell'attività fisica e dell'esercizio, anche quando intrapresi da individui già anziani affetti da patologie croniche e da disabilità.

Su questa base sono stati elaborati una serie di documenti nei quali sono contenute delle raccomandazioni finalizzate ad aumentare il livello abituale di attività fisica degli anziani. Nel Piano Sanitario Nazionale Italiano 1998-2000 è stato per la prima volta inserito, tra gli obiettivi di salute rivolti a questo segmento della popolazione, quello di incrementare la percentuale di

coloro che sono regolarmente attivi fino al 10%, cifra di gran lunga superiore a quella attuale.

Purtroppo questi ambiziosi obiettivi sono ancora lontani dall'essere raggiunti e, nel frattempo, i costi umani ed economici delle malattie e della disabilità conseguenti allo stile di vita sedentario sono in continuo aumento. Pertanto, la promozione dell'attività fisica rappresenta una priorità per tutti coloro che si occupano della salute della popolazione anziana, sia di quella vivente a domicilio che di quella istituzionalizzata.

## BIBLIOGRAFIA

Cherubini A, Rossi R, Senin U. Attività fisica ed invecchiamento. Una guida per la promozione della salute nell'anziano. EdiSES 2002: 1-407.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56 (12): 2234-43.

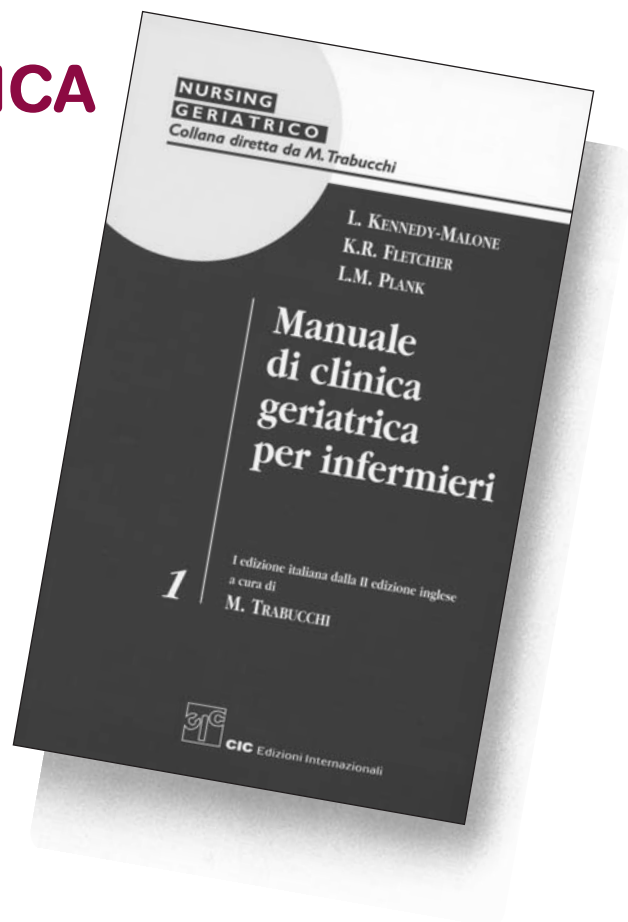
### NURSING GERIATRICO *Collana diretta da M. Trabucchi*

**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 broccurato  
di 564 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 50,00



**CIC Edizioni Internazionali**

QUADRO DI RIFERIMENTO  
POLITICO AMMINISTRATIVO

## Le misure per la non autosufficienza: l'esperienza della Liguria

**Anna Banchemo**

Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria, Area Accreditamento e Qualità; Università di Genova

### **PREMESSA: LA NON AUTOSUFFICIENZA, PROBLEMA "SOCIALE" DEL TERZO MILLENNIO**

Il problema della non autosufficienza è il maggior problema "sociale" del prossimo decennio; assume dimensioni *globali*, perché richiede risposte che abbracciano l'intero sistema socio-economico e di sviluppo di un Paese: incremento dei servizi e della spesa sanitaria e assistenziale, modifica degli approcci della transizione dal lavoro al pensionamento, differente assetto della mobilità e delle abitazioni, predisposizione di particolari aiuti per le persone sole. In sintesi nuove politiche, non solo di welfare, ma di assetto e convivenza sociale.

Non autosufficienza non è sinonimo di invecchiamento, anche se i due processi sono reciprocamente influenzati; si può affermare, però, che la non autosufficienza abbia un forte legame con gli "stili di vita" verso i quali, oggi, si assiste ad un rinnovato interesse, e quindi alle politiche di prevenzione alle quali si presta ancora troppo poca attenzione.

La non autosufficienza ha comunque una forte relazione con l'invecchiamento. La Regione Liguria, tenendo conto della sua struttura di popolazione ha inteso, da almeno un decennio, avviare un rinnovo a favore delle politiche per la terza età, sia sul piano della prevenzione sia su quello della cura e del recupero delle persone con disabilità, potenziando l'assetto organizzativo e individuando anche misure specifiche di aiuto a chi si fa carico di tenere a domicilio un non autosufficiente.

Infatti, il problema attuale di maggior rilievo è proprio quello di consentire ad una persona *fragile* la permanenza nel suo ambiente di vita. Non si intende dilungare queste considerazioni sulle motivazioni che fan-

no preferire il domicilio ad altre risposte per ritardare la perdita di autonomia, perché esiste una esauriente letteratura clinica e sociologica che dimostra come l'ambiente di vita sia quello che offre maggiori opportunità a coloro che stanno perdendo le funzioni vitali e le capacità relazionali; pertanto, agire sulla domiciliarità è da ritenersi un aspetto determinante nel prevenire o ritardare al massimo le perdite funzionali.

L'approccio ai problemi della non autosufficienza, mancando anche un indirizzo nazionale come è invece rinvenibile nei maggiori Paesi europei (Inghilterra, Francia, Germania, Spagna, Austria, Olanda, ad esempio), è stato ed è, in Italia, disorganico e disomogeneo. In questo senso, illustrando il percorso ligure si intende offrire anche una "nota metodologica" sull'approccio da adottarsi per affrontare, in un territorio dato, i problemi della non autosufficienza.

In *primis*, si è proceduto ad un'analisi, sia pure empirica, dell'andamento del *fenomeno invecchiamento*; individuata la sua consistenza, sono state adottate *misure di carattere normativo e di indirizzo* per rendere concrete le scelte delle prestazioni da offrire ai cittadini e alle loro famiglie, in base alle disponibilità economiche da destinare agli interventi a favore degli anziani e della disabilità; successivamente, in maniera più specifica si sono individuati interventi mirati per la non autosufficienza.

Nel prosieguo delle considerazioni, si passa quindi a tracciare un profilo della regione Liguria da un punto di vista demografico e si illustrano gli assetti organizzativi collegati ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, e gli atti che hanno sostenuto gli interventi per la non autosufficienza, che fanno oggi della Liguria una regione all'avanguardia per tale materia.

## LE TENDENZE DEMOGRAFICHE DELLA LIGURIA

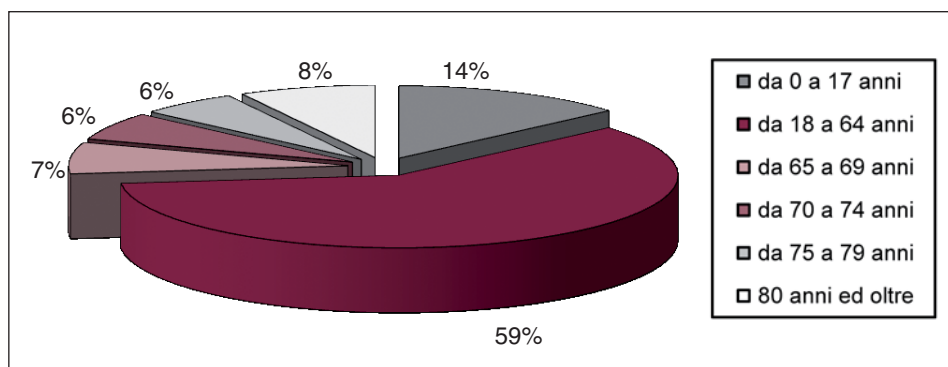
Le dinamiche di popolazione in Liguria sono caratterizzate da un forte invecchiamento, e l'indice di vecchiaia mostra valori quasi doppi rispetto alla media italiana: infatti, se il Paese presenta 143 anziani ogni cento giovani (valore di per sé già molto elevato), in Liguria gli anziani sono 239. La Liguria è la regione più vecchia del Paese Italia, ed è la seconda rispetto agli altri paesi del mondo (Figg. 1 e 2).

All'interno della dinamica demografica evidenziata, va detto che esiste anche un'alta **proporzione di persone sole**, ovvero di famiglie mononucleari, e che, proprio in questo trend di invecchiamento tale realtà è in crescita. Oggi le persone sole di sesso maschile hanno, in leggera prevalenza, un'età compresa tra i 40 e i 55 anni (sono quindi inclusi single e persone senza problemi di autosufficienza), mentre quelle di sesso fem-

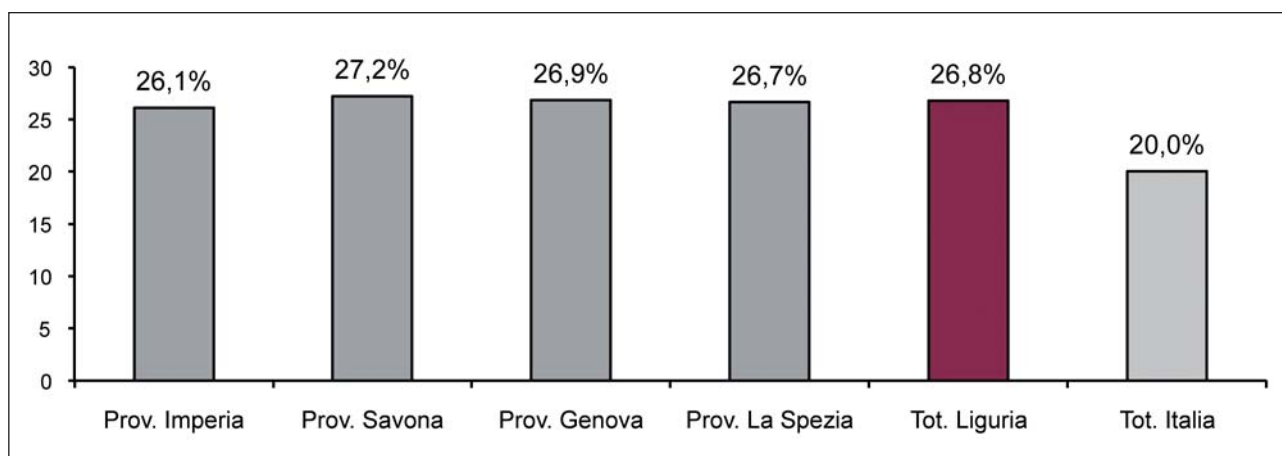
minile si attestano ad età molto più avanzate: 75-84 anni (quindi, si presume che, nella maggior parte, siano donne rimaste vedove, con redditi generalmente bassi). La comparazione di alcuni indicatori riassume lo specifico ligure rispetto alla situazione nazionale, evidenziando un indice di vecchiaia quasi doppio di quello nazionale, una spesa di protezione sociale ed una spesa sanitaria significativamente superiori alla media nazionale (rispettivamente + 4,9% e + 1,3%) con indicatori che registrano anche condizioni economiche superiori alla media del Paese.

## L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'OFFERTA SANITARIA, SOCIOSANITARIA E ASSISTENZIALE

La legge regionale 12/2006 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari" ha profonda-



**Figura 1** - Popolazione residente in Liguria per fasce d'età al 1° gennaio 2008 (elaborazione su dati Istat).



**Figura 2** - Percentuale di popolazione anziana (65 anni e più) nelle province della Liguria, in Liguria e in Italia, al 1° gennaio 2008 (elaborazione su dati Istat).

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

mente mutato l'assetto della rete dei servizi sociosanitari e sociali, facendo confluire le *Zone Sociali* (già previste all'articolo 19 della legge 328/2000 quali aggregazioni per l'offerta di servizi sociali) e *Distretti Sanitari* (punti di erogazione delle prestazioni sanitarie) nel Distretto Sociosanitario come dimensione territoriale in cui si integrano gli interventi sanitari con gli interventi sociali. La rete istituzionale derivata dalle leggi regionali 12 e 41 del 2006<sup>1</sup> prevede quindi:

**5 CONFERENZE DEI SINDACI** CORRISPONDENTI al territorio delle **AZIENDE SANITARIE LOCALI (ASL)**

**19 DISTRETTI SOCIOSANITARI**

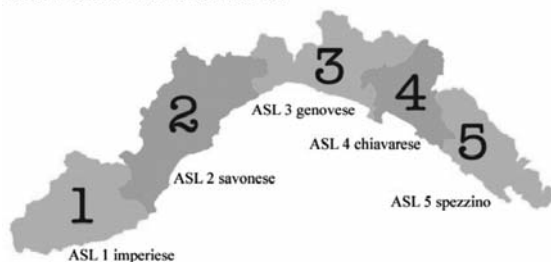
**57 AMBITI TERRITORIALI SOCIALI** (associazioni intercomunali per la gestione dei servizi sociali di base, ricompresi nel territorio del Distretto Sociosanitario)

## L'EVOLUZIONE DELLE AZIONI A FAVORE DELLA "NON AUTOSUFFICIENZA"

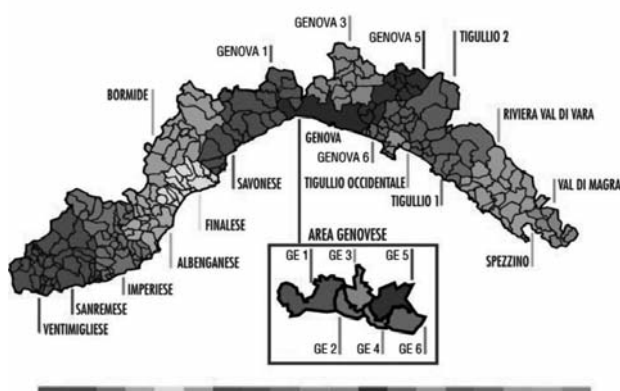
La regione, nell'ultimo decennio ha iniziato ad intervenire nei confronti della "non autosufficienza", ed una delle prime iniziative che hanno portato ad inserire nella L.R. 12/06 il "*Fondo regionale per la non autosufficienza*" è stata quella di rendersi consapevole della dimensione del fenomeno utilizzando metodologie di calcolo, basate sulle ipotesi già adottate da Buiatti e altri nel 2001 e nel 2004<sup>2</sup>, applicate alla popolazione ultrasessantacinquenne.

Le ipotesi formulate dagli studi condotti in Toscana, basati sull'analisi della popolazione ultrasessantacinquenne non istituzionalizzata (a domicilio) in relazione alla presenza/perdita di ADL e IADL, costituiscono ad oggi la migliore fonte informativa sulla condizione di auto-sufficienza degli anziani residenti in una Regione, e le stime che ne derivano sono sufficientemente attendibili per misurare la prevalenza della non autosufficienza negli ultra65enni per livello di gravità, ipotizzando anche risposte assistenziali appropriate alle disabilità rilevate. Applicando le stime "Buiatti" alla struttura della popolazione ultrasessantacinquenne residente in Liguria al 31 dicembre 2004 si è dedotto che in Liguria l'area della totale non autosufficienza, per la popolazione ultrasessantacinquenne, poteva riguardare da 8 a 12.000 abitanti, e che i servizi pubblici e/o accredita-

### CONFERENZE DEI SINDACI



### DISTRETTI SOCIOSANITARI



ti rispondevano mediamente a circa il 50% della domanda attraverso le forme tradizionali di assistenza domiciliare, Centri Diurni, residenze protette e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

È stato quindi necessario, innanzitutto, incrementare l'offerta con nuovi tipi di servizi anche più dinamici, che coinvolgessero famiglia e agenzie esterne (sia pure accreditate), avendo sempre come obiettivo l'appropriatezza della risposta assistenziale in maniera che i nuovi modelli di offerta fossero capaci di modulare e diversificare le prestazioni in ragione della peculiarità della domanda.

## L'ASSEGNO SERVIZI, LA "PREVENZIONE" E I "SERVIZI DI PROSSIMITÀ" COME RISPOSTA ALL'INCREMENTO DI UNA DOMICILIARITÀ RESPONSABILE E CONDIVISA DALLA FAMIGLIA

L'assegno servizi sperimentato dalla Liguria a partire dal 2003 e fino a tutto il 2006, è stato realizzato con

<sup>1</sup> La legge regionale 41 del 2006 disciplina la "riorganizzazione del servizio sanitario ligure".

<sup>2</sup> Studi epidemiologici di popolazione sulla salute degli anziani, condotti in Toscana nella seconda metà degli anni '90 (InChianti, Icare Dicomano e Centro toscano ILSA).

l'erogazione di "titoli di acquisto dei servizi sociali", come individuati dalla L. 328/2000, e come sperimentati in Francia negli stessi anni, quale misura di supporto domiciliare a favore delle persone con dipendenza.

Il profilo dell'assegno servizi si è caratterizzato in termini di:

- a) risposta unitaria ai problemi della persona anziana non autosufficiente integrando le prestazioni sanitarie sociosanitarie di tutela personale e domiciliare al fine di evitare il ricovero;
- b) messa in atto del principio della sussidiarietà orizzontale attraverso un concorso alla spesa pubblica, da parte del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire la sostenibilità economica di tale intervento da entrambe le parti: pubblico e privato;
- c) attivazione di una partecipazione dinamica della persona e della famiglia alla soluzione dei problemi, dando alla stessa la possibilità di scelta rivolgendosi ad agenzie accreditate di aiuto domiciliare;
- d) sviluppo di nuove professioni per l'aiuto a domicilio, favorendo anche una "corretta" inclusione sociale di personale immigrato (badanti) contribuendo al superamento del lavoro irregolare e sommerso.

L'assegno servizi consisteva in un'erogazione economica attraverso appositi ticket da spendere per acquisire i servizi di una cooperativa o impresa sociale, o di importi in denaro se si faceva ricorso a personale di assistenza assunto dalla famiglia. Gli importi erogati corrispondevano a € 1.550, € 3.100 a € 5.170, in relazione alla quantità di bisogno di assistenza. La compartecipazione alla spesa era pari al 20% o 35% o 50% del valore dell'assegno, in relazione al reddito familiare valutato attraverso l'ISEE (indicatore economico di reddito "equivalente", ovvero reddito commisurato ai carichi familiari e alla presenza di persone disabili in famiglia).

L'assegno poteva essere utilizzato per acquistare prestazioni di aiuto domestico (governo della casa) o tutelare (ad esempio igiene personale, cura, alimentazione, mobilitazione) da parte di personale delle cooperative sociali o da un assistente familiare assunto dalla famiglia. La regione aveva previsto specifici corsi per "badanti", includendo coloro che avevano acquisito competenze professionali in apposito elenco depositato presso le Zone Sociali affinché le famiglie potessero consultarlo.

Le prestazioni sanitarie, di cura e riabilitazione erano a carico dell'Azienda Sanitaria, che vi provvedeva con propri operatori sanitari secondo quanto stabilito dal

Piano Assistenziale (ad esempio, medico di medicina generale, specialista, infermieri, fisioterapisti).

La Regione ha avviato la sperimentazione dell'Assegno Servizi nella seconda metà del 2002 nei Comuni di Imperia, Savona, Genova e La Spezia, e nei distretti sociali di Loano e Lavagna. Nel 2003 la sperimentazione è stata estesa a 14 distretti, ambiti intercomunali montani o di vallata, e a partire dalla seconda metà del 2004 e fino al 2006 l'Assegno Servizi è diventato accessibile a tutto il territorio regionale.

L'assegno servizi ha consentito di incrementare notevolmente la permanenza a domicilio degli anziani e dei disabili gravi in quanto, dopo la prima sperimentazione, dall'anno 2004 è stato allargato anche ai disabili gravi in alternativa al loro ricovero in Istituto. In termini di *outcome* si può affermare che la misura adottata ha influito anche sui ricoveri ospedalieri: da dati raccolti, in particolare dall'ASL 3 genovese, la più grande della Liguria con il 46% della popolazione regionale, si è calcolata, con la messa a regime dell'assegno servizi, una diminuzione dei ricoveri da parte degli ultrasessantacinquenni di circa il 3.80%.

### LA "PREVENZIONE" E I "SERVIZI DI PROSSIMITÀ"

Nel 2005 e nel 2006 si sono collegati all'assegno servizi anche altri interventi di carattere preventivo e forme di *welfare leggero*, consistenti inizialmente nell'aiuto portato alle persone anziane, fragili e sole nei mesi estivi ed invernali per rispondere ai problemi creati dalle condizioni climatiche.

Le **azioni di prevenzione** si sono sviluppate con i finanziamenti degli Obiettivi di Piano Nazionale 2006 del Piano Sanitario Nazionale (PSN), "*Programma Anziani Liguria 2006-2007*". Nel programma sono stati affrontati, in particolare, "gli stili di vita" con un progetto organico a favore della terza età che anticipava il Piano Sociosanitario, attivando in più Aziende Sanitarie, d'intesa con le Amministrazioni locali e con le Organizzazioni Sociali, *azioni preventive* atte a modificare gli stili di vita, per mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza. Il programma prendeva in considerazione, tra l'altro, la prevenzione delle patologie cardiovascolari, l'ipertensione, la mobilità e l'educazione alimentare.

Sul piano del *welfare leggero*, ugualmente a partire dal 2006 sono state generalizzate le forme di "sorveglianza sociale" e di "telesoccorso" per tutto il periodo del-

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

l'anno, trasformandosi in *servizi permanenti di prossimità*.

Queste forme di assistenza "leggera" stanno dimostrando sempre più la loro utilità per una sorveglianza allargata e a basso costo rivolta alle persone non autosufficienti. Certamente, non sono i servizi di prossimità a risolvere tutti i problemi delle persone sole e fragili, ma l'attivazione di questo welfare di comunità consente di individuare e tenere sotto controllo coloro che "autogestiscono" la loro fragilità in maniera da intervenire tempestivamente qualora se ne ravvisasse la necessità.

La struttura dei servizi di prossimità, consolidata dopo il 2006 e coordinata dal Distretto Sociosanitario, è costituita da:

- a) individuazione di anziani "a rischio" (ultrasettantacinquenni), con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, attraverso una scheda che misura la fragilità (autonomia, precedenti ricoveri ospedalieri, aiuti formali e informali);
- b) un call-center regionale (numero verde) per informazioni, orientamento, aiuto e compagnia telefonica;
- c) supporto di una rete informale composta da soggetti del terzo settore e della solidarietà sociale per effettuare i controlli e supportare a domicilio tramite "custodi sociosanitari" le persone a rischio;
- d) controllo giornaliero e monitoraggio degli ultrasettantacinquenni a rischio da parte dei custodi sociosanitari;
- e) collegamento operativo tra servizi di prossimità e servizi sociali, sociosanitari e sanitari, dei Distretti e degli Ambiti Territoriali Sociali;
- f) possibilità di esami e controlli clinici "con rapida esecuzione" per problemi diagnostici e ricoveri temporanei in strutture diurne e residenziali laddove si ravvisa la necessità di una protezione diurna e notturna;
- g) progetti di continuità assistenziale, nelle dimissioni ospedaliere protette;
- h) possibilità di richiedere il servizio di prossimità anche da anziani non considerati a rischio e che ne fanno richiesta, alla tariffa concordata di 90 euro al mese.

Il quadro dell'impegno finanziario a favore dei servizi di prossimità si conferma assai modesto: € 557.100,00 per il ciclo 2004-2005; € 690.000,00 per il ciclo 2005-2006; € 1.410.000,00 per il ciclo 2006-2007 e € 1.800.000,00 per il ciclo 2007-2008.

Anche i servizi di prossimità hanno contribuito ad ampliare l'offerta assistenziale a favore della non autosufficienza, sia pure con azioni cosiddette "a bassa soglia", che comunque contribuiscono ad intercettare situazioni di rischio e di bisogno prima che queste siano conclamate, offrendo un supporto a coloro che, vivendo soli, possono non avere l'opportunità di cogliere quelli che vengono individuati come *eventi sentinella* delle condizioni psico-fisiche.

Nel periodo 2005/2008 gli anziani segnalati dai MMG ed inseriti nei servizi di prossimità sono stati circa 2.100. Anche in questa situazione, confrontando gli indici di ricovero e di mortalità degli anziani seguiti dai custodi sociosanitari, e rispetto a quelli della popolazione anziana genovese non seguita dai servizi, rileviamo una percentuale di decessi sul totale della popolazione ultra75enne pari all'1,42%, ed una percentuale di decessi sul totale del campione seguito pari allo 0,74%.

L'Assegno servizi e i servizi di prossimità confermano anche il "trend negativo" sui ricoveri di ultrasettantacinquenni: i ricoveri sul totale della popolazione ultra 75enne rappresentano il 6,64%, mentre i ricoveri tra gli anziani seguiti da assegno servizi e servizi di prossimità rappresentano il 3,88%.

### IL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Al panorama illustrato, ed a seguito dei percorsi strategici a favore delle "fragilità" già attivati dalla Liguria, nel 2006, con l'approvazione della legge regionale 12 del 24 maggio "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari", si aggiunge la costituzione e la disciplina del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA).

Il Fondo regionale si costituisce a seguito del "quadro strategico regionale" 2006/2008 (QSR), derivante dalla strategia di Lisbona e dalla *sostenibilità dello sviluppo sociale*, che pone particolare attenzione alle fasce più fragili della popolazione (anziani e disabili). I punti di forza del quadro strategico sono rappresentati da:

- strutture insediative e qualità della vita
- rafforzamento della qualità del sistema urbano
- sviluppo e crescita delle comunità locali
- governance tra Enti.

Nel QSR le dimensioni territoriali e la piattaforma dei diritti di cittadinanza e dell'inclusione sociale diventano determinati dal piano di sviluppo triennale, e le ridot-

te dimensioni geografiche della regione, unite alle peculiarità della struttura di popolazione, facilitano per la Liguria il ruolo di "regione laboratorio" per avviare nuove politiche di welfare coniugate allo sviluppo locale, alla promozione dell'autonomia delle persone fragili, indirizzandosi verso un welfare delle responsabilità, dove il cittadino è chiamato ad un impegno prioritario nell'adottare stili di vita che facilitano la prevenzione e il benessere.

Tutto questo doveva essere accompagnato da un miglior accesso ai servizi, dall'incremento della domiciliarità e residenzialità sociosanitaria e da un consolidamento della rete di supporto alla qualità della vita urbana e rurale.

La legge regionale 12/2006 pone innanzitutto le basi per una riorganizzazione dell'offerta istituzionale sociale e sanitaria, consolidando quella parte di entrambi gli interventi che costituisce "il sociosanitario" come condizione indispensabile per un approccio unitario ai problemi delle fragilità, con particolare riferimento alla non autosufficienza.

L'istituzione del Distretto Sociosanitario (dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e le funzioni sociosanitarie, e che garantisce al cittadino la risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari di tipo non ospedaliero) con i suoi strumenti operativi:

- Sportello integrato sociosanitario per l'accesso unificato alle prestazioni e la presa in carico
- Unità di Valutazione Multidisciplinari per la valutazione multidimensionale dei bisogni sociosanitari
- Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), per individuare bisogni e prestazioni personalizzate
- Case manager per seguire la persona fragile nel percorso assistenziale indicato dal PIA

forniscono il contesto strutturale in cui sviluppare politiche coerenti, in grado di mettere in sinergia le diverse tipologie di intervento e le risorse assistenziali rispetto alle specificità dei bisogni espressi.

Il FRNA costituisce il contenitore e lo strumento per razionalizzare e valorizzare le risorse economiche ed organizzative a sostegno delle persone non autosufficienti, superando la dispersione derivante dalla compartimentazione dei settori di intervento e dei canali di finanziamento: l'obiettivo è la ricomposizione delle risorse nella risposta unitaria ai bisogni specifici della persona.

Il Fondo finanzia prioritariamente l'assistenza territoriale domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale di mantenimento, gli interventi sociali e il sostegno alle cure familiari.

Con il provvedimento della Giunta Regionale del 20 ottobre 2006 n. 1106, sono stati approvati gli indirizzi per la gestione del FRNA che sottolineano la necessità di implementare gradualmente la rete dei servizi a favore dei non autosufficienti. Il provvedimento individua, a partire dal novembre 2006, gli impegni e le scadenze per un primo semestre di utilizzo del FRNA, considerato periodo sperimentale.

Si accompagna, alla progettualità del Fondo, anche un Protocollo con le Organizzazioni Sindacali Confederali e dei Pensionati, (sottoscritto il 3 agosto 2006) e di Protocollo d'intesa con le amministrazioni locali (AN-CL), sottoscritto il 5 ottobre 2006, dove si specifica il rapporto tra le misure del FRNA e i servizi in atto:

- il FRNA non è sostitutivo degli altri investimenti e dei servizi già avviati dai Comuni a favore degli anziani e dei disabili non autosufficienti;
- le misure che derivano dal FRNA intervengono in maniera coerente, complementare e integrata con gli attuali interventi sociali e sociosanitari gestiti dai Comuni e dalle ASL, integrando gli aiuti in un unico piano assistenziale individuale, onde evitare all'utente la frammentazione dei percorsi assistenziali.

Uno degli aspetti di maggior rilievo del Fondo ligure è la definizione di "non autosufficienza" dettata dalla stessa legge regionale 12/2006, e derivata dalle acquisizioni in materia da parte della letteratura internazionale e nazionale.

Non autosufficienza è definita come "disabilità grave e permanente, che comporta l'incapacità della persona a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana", quali:

- attività per la cura di sé (*Activities of Daily Living - ADL*), consistenti nel lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, essere continenti, alimentarsi, muoversi nella casa;
- attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*), consistenti nel fare la spesa, usare il telefono, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.

Conseguenti alla individuazione dei non autosufficienti sono le misure per il potenziamento della rete dei servizi:

- a) sostegno alla domiciliarità quale obiettivo strategico del programma. Le Aziende Sanitarie ed i Comuni sono chiamati ad orientare le scelte verso azioni e interventi di ampliamento della rete, e di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e ADI,

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera, con un incremento percentuale di assistenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne che parte dal 4,1% nel 2006 per giungere al 7% nel 2008;

- b) potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata, con un incremento che parte da una base di rapporto tra popolazione anziana e residenzialità del 2% nel 2006 per giungere al 3% nel 2008. Negli incrementi dovranno essere valorizzati i ricoveri semiresidenziali e residenziali a carattere temporaneo come misura di sollievo;
- c) interazione tra la rete servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio dai familiari e da assistenti familiari a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi, prevedendo azioni che facilitino il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di una misura economica per la non autosufficienza, che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350,00 euro mensili, ed è riconosciuta in maniera permanente.

La misura economica per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, di cui alla precedente lettera c), è modulata in base alle risorse economiche del richiedente collocandosi anch'essa, come il precedente *assegno servizi*, nell'ambito della *sussidiarietà orizzontale*, che vede il cittadino partecipe delle scelte, in base alle proprie risorse. L'esigibilità della misura collega il sostegno alla non autosufficienza con l'esercizio dei diritti di cittadinanza non solo dal punto di vista della cura, ma anche della promozione dell'autonomia individuale.

Il concorso alla spesa è collegato ancora una volta all'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), che consente di stabilire un rapporto tra la contribuzione fiscale e acquisizione di servizi, integrando e valorizzando la spesa delle famiglie per il lavoro di cura a domicilio.

Per la graduazione della misura sono state individuate, nella fase di sperimentazione, le seguenti aliquote:

- valore ISEE fino a € 10.000  
nessun abbattimento della misura
- valore ISEE da € 10.001 a € 20.000  
abbattimento del 20%
- valore ISEE da € 20.001 a € 30.000  
abbattimento del 30%

- valore ISEE da € 30.001 a € 40.000  
abbattimento del 40%

L'assetto organizzativo e le procedure per rendere operativa la fruizione del FRNA vedono la centralità del Distretto Sociosanitario, attraverso:

- a) lo Sportello Integrato Sociosanitario, come unico accesso per chi richiede la valutazione di non autosufficienza;
- b) l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per la valutazione della non autosufficienza per gli anziani, composta da medico specialista della materia, medico di medicina generale, assistente sociale del Comune di residenza della persona da valutare, (infermiere e fisioterapista se richiesti). L'UVM effettua la valutazione attraverso la scheda multidimensionale (AGED PLUS)<sup>3</sup>, che comprende l'esame dei parametri di autonomia, la comorbilità e i disturbi comportamentali;
- c) l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per i portatori di handicap, che si avvale delle schede di valutazione di handicap grave effettuate dalle Commissioni ex Legge 104/92. Successivamente è stata messa a punto, nella fase di consolidamento del FRNA, una scheda per la disabilità analoga all'AGED PLUS che valuta le funzioni della vita quotidiana, quelle relazionali e le comorbilità;
- d) il Registro della Non Autosufficienza, nel quale vanno a confluire le valutazioni delle UVM.

Le procedure per l'accesso al Fondo sono così sintetizzabili:

1. la famiglia o la persona disabile chiedono l'accertamento della non autosufficienza corredando la domanda con una scheda predisposta dalla Regione, e compilata dal MMG, che sintetizza le condizioni psico-fisiche del richiedente. L'ASL provvede a collegarvi la certificazione di totale invalidità o quella di handicap grave. Si aggiunge la certificazione ISEE
2. il Distretto Sociosanitario accerta attraverso l'UVM che compila la scheda AGED il grado di non autosufficienza entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, procedendo quindi alla compilazione di graduatorie separate per anziani e disabili, aggiornate mensilmente
3. sono inseriti in graduatoria i richiedenti con almeno 3 ADL perse, presenza di comorbilità e disturbi comportamentali, ed i portatori di handicap (mino-

<sup>3</sup> *Assessment GERiatric of Disabilities*, è una scheda predisposta dal regione Liguria che, ispirandosi al "Geronte" francese, misura 27 funzioni psico-fisiche collegate all'autonomia, a cui si aggiungono parametri di misura di valutazione delle comorbilità con la stima dei tempi necessari all'assistenza.

- ri e adulti) che presentano una valutazione della minorazione "grave-progressiva" o "grave-stabilizzata", capacità individuale "marcatamente ridotta" e difficoltà "totale" nell'autonomia personale. Per anziani e portatori di handicap, alle disabilità rilevate va aggiunta l'esigenza di almeno di 5 ore di assistenza nelle 24 ore
4. unitamente alla valutazione di non autosufficienza, viene redatto dall'UVM il Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), in cui sono evidenziate le prestazioni sanitarie e sociosanitarie e sociali da erogare e le verifiche da effettuare
  5. il PIA è affidato al responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, la famiglia e la rete assistenziale per assicurare le risorse necessarie alla realizzazione del Piano e procede alle verifiche, indicate nel PIA stesso, sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie individuate, e sull'utilizzo coerente della misura economica assegnata
  6. alla concessione della misura economica viene richiesta alla famiglia, o a chi ha in carico l'anziano o il disabile, la sottoscrizione di un "patto assistenziale" da cui risultino le cure da corrispondere alla persona assegnataria del contributo economico e l'impegno che la stessa non acceda contemporaneamente a forme di residenzialità permanenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (fanno eccezione i ricoveri temporanei di sollievo e i ricoveri ospedalieri).
- L'assegno di 350,00 euro mensili, rimodulato con l'ISEE, viene erogato mensilmente, con controlli semestrali.

A norma della L.R. 12/2006, costituiscono fonti di finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza:

- a) le risorse del Fondo Sanitario destinate alle attività di tipo sociosanitario domiciliare e residenziale e le risorse derivate dagli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, finalizzate alla non autosufficienza
  - b) entrate regionali, provenienti dalla fiscalità
  - c) altre risorse provenienti da Fondazioni o donazioni.
- Concorrono a definire l'ammontare complessivo del FRNA anche i finanziamenti dei Comuni per gli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all'aiuto domestico familiare, e altre prestazioni a favore dei non autosufficienti.

Nel 2006 il FRNA ammontava a 190.318 milioni di euro, nel 2007 si è registrato un aumento di 4 milioni di euro regionali e di 3,5 milioni del Fondo nazionale per un totale di 197.818 milioni di euro, mentre nel 2008

sono stati assegnati, oltre all'incremento regionale, ulteriori 10,5 milioni dal Fondo nazionale, per un totale di 208.318 milioni di euro. I finanziamenti 2009 sono in corso, e l'ipotesi è quella di destinare al FRNA, tra finanziamenti regionali e nazionali, 225.000 milioni di euro.

Il FRNA è ripartito, dalla regione, in più accrediti annuali alle Aziende Sanitarie per domiciliarità e residenzialità, mentre ai Distretti Sociosanitari si assegnano i finanziamenti per erogare agli aventi diritto la misura economica sopra illustrata.

Come emerge dalla descrizione, il FRNA è sostanzialmente alimentato da risorse pubbliche, anche se la L.R. 12/2006 prevede l'apporto di Fondazioni e donazioni. Nei termini indicati sono stati attivati canali con le Fondazioni bancarie in maniera da implementare ulteriormente il Fondo.

### MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Gli interventi a sostegno della non autosufficienza sono monitorati dal Settore Sistema Informativo Sociosanitario e Qualità. Allo scopo, è stato predisposto un apposito sistema informativo/informatizzato a cui ogni Distretto Sociosanitario invia i dati di seguito illustrati.

La fase di sperimentazione si è conclusa a febbraio 2008. Nella fase sperimentale sono pervenute 12.824 domande di cui 10.764 anziani (84%) e 2.060 disabili (16%). A marzo 2008 è iniziata la fase a regime, con criteri più delimitati per l'accesso e viene ritoccato anche il limite ISEE a 20.000 euro, senza escludere quelli con maggiore reddito, ma mettendoli "in coda" rispetto a quelli con minor reddito. Da marzo 2008 al 31 dicembre 2008 sono state presentate ulteriori 2.271 domande, di cui 2.042 anziani (90%) e 229 disabili (10%).

A livello regionale circa 30 anziani su 1.000 hanno presentato domanda per la misura economica collegata alla non autosufficienza. Il valore più alto si registra nella Val di Magra con 50 anziani su mille; il valore minore si incontra nell'Imperiese con 15 anziani su 1.000. Per quanto riguarda la disabilità, la media regionale è di 2,4 abitanti su 1.000 con valori che vanno da 0,8 nell'Albenganese e 2,7 del distretto 10 genovese.

La presentazione delle domande registra un picco all'avvio della sperimentazione, e si stabilizza a metà 2007 con una richiesta media di circa 220/250 domande al mese (Fig. 3).

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

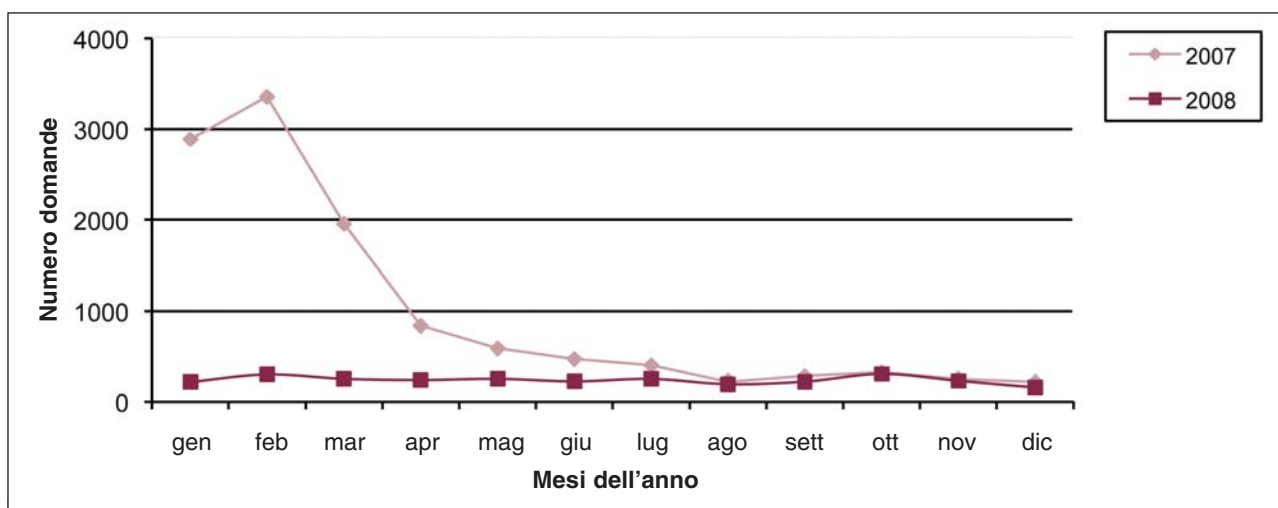


Figura 3 - Andamento della presentazione delle domande negli anni 2007 e 2008.

Gli anziani (65-85 anni e oltre) costituiscono l'81% dei beneficiari, e il 47% è ultra85enne. Complessivamente, il 69% dei beneficiari sono femmine e il 31% maschi. Le femmine sono in minor numero tra minori e adulti, mentre raggiungono l'82% degli ultra85enni.

Dal sistema informativo sulla non autosufficienza in Liguria emerge la seguente macro-classificazione delle patologie dei fruitori del Fondo: il 35% è affetto da disturbi comportamentali gravi; il 44% da patologie disabilitanti con prognosi evolutiva o riservata; il 21% patologie miste.

La "gerarchia" nella perdita dell'autonomia funzionale fa rilevare i dati sottoindicati:

- 92,8% necessitano di aiuto per lavarsi e vestirsi
- 86% di questi ha anche problemi di mobilità
- 80% sono anche incontinenti
- 26% di questi ha anche bisogno di aiuto totale per alimentarsi.

Tabella 1 - Beneficiari suddivisi per fasce d'età e genere.

Beneficiari	% per fasce d'età	Femmine	Maschi
Minori	5%	42%	58%
Adulti	14%	46%	54%
Tra 65 e 74 anni	8%	56%	44%
Tra 75 e 84 anni	26%	64%	36%
85 anni ed oltre	47%	82%	18%
Totale		69%	31%

Al 31 dicembre 2008 beneficiavano della misura per la non autosufficienza 5.021 persone di cui il 76% anziani e il 24% disabili. Risultavano ancora in attesa di erogazione 2.098 utenti, di cui 1.724 con domanda presentata nella fase di sperimentazione e per i quali, con il provvedimento di riparto delle risorse di dicembre 2008, si sta procedendo all'azzeramento delle liste di attesa.

Nel corso dei due anni, 1.424 persone, pari al 22% dei beneficiari, non percepiscono più la misura per ricovero, decesso, trasferimento. Al 31 dicembre 2008, le persone con iter in corso per la soddisfazione della domanda risultano 1.200.

## CONCLUSIONI

Si propone di seguito una sintesi delle azioni intraprese dalla Regione Liguria, a sostegno della non autosufficienza, che hanno registrato esiti estremamente positivi:

1. attivazione di un supporto pubblico per sostenere le famiglie e la persona ad acquisire prestazioni assistenziali e di aiuto domestico familiare, particolarmente nell'attuale struttura sociale che vede nuclei familiari molto ridotti con la grande difficoltà di dedicare "tempo alla cura"
2. sostegno al terzo asse della non autosufficienza, costituito dagli aiuti formali e informali avvalendosi, oltre che del supporto fornito dai familiari, delle risorse

- se messe in campo dalla solidarietà sociale e dal *no-profit*
3. incremento dell'offerta di servizi sociosanitari pubblici per allargare la platea dei beneficiari, non lasciandola ristretta alle fasce dei meno abbienti
  4. costruzione di una programmazione organica e integrata tra più comparti, coordinando fattori produttivi e finanziamenti per collegare i livelli di efficienza organizzativa con i livelli di efficacia nei confronti della domanda
  5. implementazione di sperimentazioni, e consolidamento degli aspetti positivi, nei sistemi di offerta, utilizzando anche esperienze di empowerment dei cittadini per interpretare nella maniera giusta, in un'azienda di servizi, lo spirito aziendale
  6. adozione di progettazioni innovative, anche in mancanza di un quadro di riferimento nazionale, spostando la programmazione locale verso l'obiettivo sostanziale del Federalismo: uso oculato ed appropriato delle risorse locali per rispondere alle esigenze dei cittadini di quel territorio
  7. incremento dei consumi sociali promuovendo occasioni di occupazione con l'incontro tra domanda di prestazioni di aiuto personale e offerta delle stesse, da parte di persone qualificate e regolarizzate, in un mercato che attualmente alimenta molto il *lavoro nero*.

Accanto alle positività illustrate, emerge la difficoltà, in assenza di una scelta nazionale (livelli essenziali), di rendere organica una progettualità che richiede risorse finanziarie ed atti normativi che travalicano la potestà della regione.

In particolare, in mancanza di una legge nazionale sulla non autosufficienza, sarebbe almeno utile che:

- a) fossero definiti, all'interno dei livelli essenziali sanitari e sociali che faranno parte dei trasferimenti monetari alle regioni con il DDL sul Federalismo fiscale in discussione alla Camera<sup>4</sup>, i livelli per la non autosufficienza
- b) si procedesse ad una reale "devolution" della materia assistenziale trasferendo alle regioni, come peraltro era previsto dall'articolo 24 della legge 328/2000, anche gli emolumenti per l'invalidità civile, soprattutto *l'indennità di accompagnamento*, disciplinata dalla legge 18/80, in maniera da renderla

integrabile con misure regionali e concedibile per le finalità che ne avevano richiesto la promulgazione: *sostegno alle persone non in grado di compiere in maniera autonoma gli atti della vita quotidiana*, mentre oggi viene spesso richiesta per incrementare i bassi redditi di persone disabili o anziane.

La regolarizzazione di questi due aspetti potrebbe riqualificare gli interventi per la non autosufficienza in quanto, con i livelli essenziali, si assicurerebbero in maniera uniforme sul territorio nazionale (anche con assetti organizzativi differenti legati alle peculiarità regionali) i diritti civili e sociali – individuati dalla lettera *m* dell'articolo 117 della Costituzione – a favore di una persona non autosufficiente, mentre la flessibilità locale degli emolumenti economici, aventi origine nazionale, consentirebbe un loro utilizzo integrato nei programmi promossi da amministrazioni regionali e locali. Inoltre, la compartecipazione della persona (in base alle risorse possedute) ad interventi che migliorano la qualità della sua vita, non è solo segno di equità e sostenibilità economica, ma è anche espressione di una cittadinanza attiva e consapevole, che si realizza con una indissolubilità di diritti e doveri.

### BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Banchero A. Autonomie Locali nel rapporto tra spesa e risposta assistenziale, Rapporto Sanità 2003, Fondazione Smith Kline, Il Mulino 2003.
- Banchero A. Programmare i servizi sociali e sociosanitari, Il Mulino 2005.
- Borgonovi E. I fondi integrativi e la differenziazione del finanziamento nel sistema sanitario, *Mecosan* n. 31, 1999.
- Cavagnaro P, Lucarini S, Ricci E, Banchero A. Fondo e registro della non autosufficienza, *G Gerontol* 2007; 6: 296-99.
- Gori C. Le riforme regionali per i non autosufficienti, Carocci 2008.
- Mattioni M. Salute e assistenza. Rapporti tra livelli di governo, dopo la recente revisione costituzionale. In: (a cura di Balduzzi R, Di Gaspare G.) *Sanità e Assistenza dopo la riforma del titolo V*, Giuffrè 2002.
- OECD Costs of care for elderly populations, 2006.
- OECD Projecting oecd health and long term care expenditures: What are the main drivers? 2006.
- Trabucchi M. I vecchi la Città e la Medicina, Il Mulino 2005.
- Sul sito [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it) alla voce "letteratura" - "riviste" - "I Luoghi della Cura" è disponibile l'articolo corredato da tabelle che illustrano i dati relativi alle singole articolazioni dell'offerta sul territorio ligure.

<sup>4</sup> Disegno di legge n. 1117/08 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".

## Attività motoria e stimolazione cognitiva

Mirco Neri, Francesca Neviani, Barbara Manni

Dipartimento di Medicina, Endocrinologia e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

### STATO DELL'ARTE

Lo sviluppo dell'individuo umano si fonda su di un'adeguata motricità, base per l'esplorazione, la conoscenza e la socialità. Nel bambino questo legame sequenziale è ben conosciuto e relativamente uniforme, tanto che tutti noi abbiamo consultato manuali pediatrici per confortarci, come genitori o nonni, sul corretto progredire delle varie fasi dello sviluppo psicomotorio del "nostro" bimbo.

Sappiamo che una delle più rilevanti, se non la principale, caratteristica dell'invecchiamento è quella di determinare una differenziazione sempre più marcata fra gli individui; nell'anziano, quindi, pur persistendo un rilevante rapporto fra attività motoria e funzioni cognitive, esso assume differenti profili che, basati sulla struttura genetica e di personalità, sono condizionati dalla sommatoria delle esperienze esistenziali e dal livello e qualità della comorbilità. Questa complessità e variegatura dei rapporti è stata di stimolo alla ricerca solo negli ultimi decenni, e se si tiene conto del progressivo aumento dei limiti d'età, si può dire che non sia ancora stata definitivamente esplorata. Esistono, tuttavia, delle prese di posizione ufficiali circa la necessità di considerare l'attività fisica come uno dei principali indicatori di salute (Piano Sanitario Nazionale USA *Healthy People 2010*, [www.healthypeople.gov](http://www.healthypeople.gov)). In particolare, nella popolazione ultra65enne, che in Italia è almeno il 20%, si può porre l'obiettivo di avere un aumento medio almeno del 10% dei soggetti che svolgono attività fisico-sportiva nel tempo libero.

Ma cos'è questa "attività motoria" di cui si parla? Può essere classificata come segue:

- a) attività motoria è da considerare qualsiasi movimento prodotto per azione muscolare che comporti un aumento del dispendio energetico;
- b) esercizio fisico è una sequenza motoria ripetitiva e finalizzata;

c) forma fisica (fitness) è la capacità/abilità acquisita di svolgere/sostenere un'attività fisica ad un livello da moderato a vigoroso senza affaticamento.

L'interesse a promuovere l'attività motoria nasce anche dal fatto che è ormai ben accertato come lo stile di vita sedentario che caratterizza la popolazione, non solo anziana, dei paesi ad "elevato sviluppo economico" stia alla base dell'esponenziale aumento di patologie cronico-degenerative non solo muscolo-scheletriche, ma cardiovascolari, metaboliche e cerebrali. All'opposto, è dimostrato che esiste una stretta relazione fra attività fisica regolare e miglioramento dello stato di salute (WHO 2004, *Global Strategy on diet and physical activity and Health*. [www.who.int/dietphysicalactivity](http://www.who.int/dietphysicalactivity)).

Si considerano tre indicatori per valutare gli effetti dell'attività motoria: a) misure di abilità funzionale per il mantenimento della mobilità, incluso il rischio di cadute, b) misure di funzioni cognitive, c) misure di benessere psicologico. È importante sottolineare come i benefici siano stati riscontrati anche in soggetti in condizioni di salute e funzionali basali molto compromesse. L'invecchiamento della popolazione di per sé è solo uno spettro di insostenibilità del sistema socio-assistenziale (Breur, 2005); comportamenti salutari adeguati possono essere appresi ed applicati per diverse classi di età e di comorbilità con positive ricadute non solo sul benessere dell'individuo, ma anche sui costi. È intuitivo come l'attività motoria possa comportare anche alcuni rischi, in particolare a carico dell'apparato cardiovascolare e muscolo-scheletrico; per questo, specie per le sue componenti b) e c) della tripartizione sopra presentata, è necessaria una valutazione preventiva e l'adattamento del programma all'individuo e alle finalità del programma di attività, secondo i requisiti di efficacia/tollerabilità definiti dalle linee guida dell'*American College of Sports Medicine/American Heart Association* ([www.acsm.org](http://www.acsm.org)).

In linea generale, si può sostenere che un'adeguata at-

tività motoria abbia scopi di prevenzione primaria e secondaria nei soggetti "sani" e con fattori di rischio per malattie cardiovascolari, metaboliche e cerebrali. Per raggiungere questi obiettivi un'attività aerobica (PSN-USA *Healthy People 2010*) deve essere effettuata per 2 ore e mezzo la settimana, in alternativa, 75 minuti di attività più intensa o la combinazione delle due. L'attività è da distribuire nell'arco della settimana per ridurre il rischio di danni muscolo-scheletrici o l'affaticamento. Altri programmi di maggior intensità sino alla "fitness" sono da attuare sotto una guida e sono da accompagnare ad attività di riscaldamento e di allungamento muscolare. Il miglioramento delle prestazioni fisiche ha un effetto protettivo rispetto al declino cognitivo nel corso del "normale invecchiamento" (Moonen et al., 2008). Da sottolineare come l'effetto positivo, pur se diffuso, non sia generico, ma prevalentemente orientato verso funzioni esecutive e di velocità di processamento dell'informazione. Il dato è rilevante perché tocca un problema che si estende ad altre procedure di riattivazione, la persistenza e la trasferibilità del "guadagno o apprendimento", per esempio, da un dominio cognitivo all'altro. È stato di recente dimostrato come il processo di mantenimento e di "trasfer" sia attivabile durante un ampio arco di anni quando siano ancora "plastiche" le funzioni esecutive (Nyberg et al., 2008).

Per i soggetti con condizioni o malattie che costituiscono fattori di aumentato rischio di danno cerebrale o già affetti da malattie cerebrali (su base vascolare o degenerativa), l'attività motoria calibrata sulle loro condizioni cliniche ha funzioni terapeutiche e di prevenzione (Larson, 2008; Rolland et al., 2008).

È importante richiamare l'attenzione su un elemento che accomuna la maggioranza dei risultati degli studi pubblicati: il miglioramento fisico e cognitivo è associato ad un miglioramento del tono dell'umore; è necessaria, quindi, una breve digressione anche sul rapporto fra attività fisica e depressione. Depressione e disturbi cognitivi, specialmente coinvolgenti le funzioni dei lobi frontali, sono associati non solo nella fase florida della malattia, ma anche dopo la remissione del quadro depressivo (Lee et al., 2007); specularmente, si possono trovare sintomi depressivi in quadri iniziali di deficit cognitivo (Hudon et al., 2008).

Le linee guida NICE-2004 ([www.nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)) sul trattamento della depressione sostengono che l'attività fisica avrebbe un'efficacia antidepressiva, comprensiva dei sintomi cognitivi, paragonabile a quella del-

la Terapia Cognitivo Comportamentale nel ridurre la sintomatologia lieve/moderata a breve termine. Una più recente review ha sostanzialmente confermato il dato (Sjosten e Kivela, 2006). Per chiudere l'arco degli interventi esaminati, cioè dalla parte della stimolazione cognitivo/ambientale, una recente revisione (Fratiglioni et al., 2004) ha evidenziato come, anche nei soggetti sino alla settima decade, il livello di attività intellettive e socializzanti, pur se non specifiche, costituisce una forma di prevenzione per lo sviluppo di demenza. Per le persone già affette da una qualche forma di deficit cognitivo sono stati numerosi gli approcci e la loro efficacia è stata per lungo tempo difficile da dimostrare per una serie di limitazioni metodologiche; tuttavia si sta ormai delineando un quadro di più preciso riferimento (Zanetti et al., 2005) sia in relazione al livello di gravità della malattia che al profilo cognitivo-comportamentale che si vuole porre al centro della cura. Questi orientamenti derivano sia dalla traslazione di solide esperienze estere (Pradelli et al., 2008) che dal riesame di esperienze condotte in Italia (Regione ER 2005: Le attività di stimolazione cognitiva al paziente con demenza in Emilia-Romagna - [www.emiliaromagnasociale.it](http://www.emiliaromagnasociale.it)).

## PROSPETTIVE E REALTÀ

Sono già state citate le autorevoli istituzioni che hanno tracciato le linee guida per la pratica di diverse forme di attività fisica nell'anziano e, in diverse condizioni, tutte concordano sul principio che un'adeguata attività motoria sia indispensabile per mantenere o migliorare lo stato di salute, globalmente inteso. Questo elemento introduce (o reintroduce) l'idea portante che non è un tecnicismo medicalizzante la via da percorrere, ma un ampliamento dell'orizzonte agli stili di vita, al ruolo sociale e all'ambiente.

Come queste indicazioni stanno trovando pratica attuazione?

### Formazione

Professionisti in grado di identificare ed applicare correttamente un programma o di attività motoria o di esercizio fisico sono formati presso le Facoltà di Scienze Motorie. Stanno sorgendo i primi corsi di perfezionamento di "Educatore sportivo per l'attività fisica della terza età" ([www.lumsa.it](http://www.lumsa.it)).

La Comunità Europea finanzia i *Thematic Network Projects* (TNP) che hanno permesso l'avvio di una ricogni-

## MATERIALI DI LAVORO

zione ed integrazione delle attività di varie istituzioni che si occupano di "attività fisica adattata". In questo contesto si è di recente formato il Network THENAPA-II: *Ageing and Disability* ([www.thenapa2.org](http://www.thenapa2.org)) ([www.kuleuven.ac.be/thenapa/pdfs/adapt1](http://www.kuleuven.ac.be/thenapa/pdfs/adapt1)) con lo scopo di identificare linee di intervento per la formazione e la ricerca applicata sull'attività fisica programmata per l'anziano. Professionisti in grado di offrire percorsi di "stimolazione" cognitiva sono formati presso i corsi di laurea con diversa denominazione quali, ad esempio, "Tecnico della riabilitazione psichiatrica" ([www.unimore.it](http://www.unimore.it)), "Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione" ([www.univr.it](http://www.univr.it)). Una analitica presentazione dell'offerta formativa in materia è consultabile al sito [www.Emagister.it](http://www.Emagister.it). Altri percorsi formativi sono attuati sotto l'egida di società scientifiche o istituzioni non universitarie ([www.geriatriaonline.it](http://www.geriatriaonline.it) e [www.emiliaromagnasociale.it](http://www.emiliaromagnasociale.it)).

### Attività

Le attività di seguito elencate costituiscono solo un'esemplificazione delle possibilità di implementazione dei principi e delle direttive sopra-riportati. Le istituzioni che si sono fatte paladine nella promozione di queste attività non sono solo l'Università, il Comune, l'ASL, ma anche il privato e tutte quelle entità associative che rientrano nel "terzo settore". Un ulteriore elemento è da sottolineare: le attività proposte, specie quando abbiano carattere di prevenzione primaria o secondaria, sono svolte con il concorso finanziario dei partecipanti. Questa disponibilità a pagare di tasca propria (*willingness to pay*) è una robusta testimonianza di come i principi auspicati dalle istituzioni siano già stati accettati e fatti propri dalle persone.

Si sta pian piano diffondendo la pratica dell'attività "fisica adattata", sotto termini generali come Attività Motoria per l'Anziano ([www.italia.gov.it](http://www.italia.gov.it); [www.uisp.it](http://www.uisp.it)) che ha visto l'avvio a Empoli ([www.usl1.toscana.it](http://www.usl1.toscana.it)) grazie al suo più convinto promotore, il Dr. Francesco Benvenuti, ma non solo: il binomio "mente-corpo" sta assumendo caratteristiche operative attraverso corsi ([www.pps.modena.it](http://www.pps.modena.it); [www.reticittasane.it](http://www.reticittasane.it)) che combinano la stimolazione cognitiva all'attività motoria, ricetta che, dalla Letteratura (Allmer, 2005), sembra offrire le migliori prospettive.

## BIBLIOGRAFIA

Allmer H. Physical activity and cognitive functioning in aging. *J Public Health* 2005; 13: 185-8.

Breur C. Cohort effects in physical inactivity. *J. Public Health* 2005; 13: 189-95.

Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology* 2004; 3: 343-53.

Hudon C, Belleville S, Gauthier S. The association between depressive and cognitive symptoms in amnesic cognitive impairment. *International Psychogeriatrics* 2008; 20: 710-23.

Larson EB. Physical activity for older adults at risk for Alzheimer Disease. *JAMA* 2008; 300: 1077-9.

Lee JS, Potter GG, Wagner R, Welsh-Bohmer KA, Steffens DC. Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression. *International Psychogeriatrics* 2007; 19: 125-35.

Moonen HMR, vanBoxtel MPJ, deGroot RHM, Jolles J. Improvement in physical functioning protects against cognitive decline: a 6 years follow-up in the Maastricht Aging Study. *Mental Health and Physical Activity* 2008; 1: 62-8.

Nyberg DE, Backman L, Neely AS. Plasticity of executive functioning in young and older adults: immediate training, transfer, and long-term maintenance. *Psychol. Aging* 2008; 23: 720-30.

Pradelli S, Faggian S, Pavan G. Protocolli di intervento per le demenze. Franco Angeli 2008.

Rolland Y, van Kan GA, Vellas B. Physical activity and Alzheimer's Disease: from prevention to therapeutic perspectives. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 390-405.

Sjosten N, Kivela SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 410-8.

Zanetti O, Cotelli M, Lussignoli G. Gli interventi riabilitativi nei pazienti con deficit cognitivi. In: Trabucchi M. *Le demenze* (4 ed.) UTET 2005: 609.

## SITOGRAFIA

[www.acsm.org](http://www.acsm.org)

[www.Emagister.it](http://www.Emagister.it)

[www.emiliaromagnasociale.it](http://www.emiliaromagnasociale.it)

[www.geriatriaonline.it](http://www.geriatriaonline.it)

[www.healthypeople.gov](http://www.healthypeople.gov)

[www.italia.gov.it](http://www.italia.gov.it)

[www.kuleuven.ac.be/thenapa/pdfs/adapt1](http://www.kuleuven.ac.be/thenapa/pdfs/adapt1)

[www.lumsa.it](http://www.lumsa.it)

[www.nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)

[www.pps.modena.it](http://www.pps.modena.it)

[www.reticittasane.it](http://www.reticittasane.it)

[www.thenapa2.org](http://www.thenapa2.org)

[www.uisp.it](http://www.uisp.it)

[www.unimore.it](http://www.unimore.it)

[www.univr.it](http://www.univr.it)

[www.usl1.toscana.it](http://www.usl1.toscana.it)

[www.who.int/dietphysicalactivity](http://www.who.int/dietphysicalactivity)

# La riabilitazione geriatrica. Alla ricerca di strumenti per mappare i percorsi clinici e misurare gli outcomes dei pazienti anziani: il sistema IPER

Giuseppe Bellelli\*<sup>o</sup>, Bruno Bernardini\*\*<sup>o</sup>, Marco Trabucchi<sup>§o</sup>

\* Casa di Cura Ancelle della Carità, Cremona

\*\* Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano (MI)

§ Università Tor Vergata, Roma

<sup>o</sup> Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

## INTRODUZIONE

Il significato ed il ruolo della riabilitazione geriatrica sono ancora oggi una *vexata quaestio*. Innanzitutto vi è chi sostiene che con il termine "riabilitazione geriatrica" si intende un insieme di attività troppo eterogenee e non confrontabili, tra le quali alcune sembrano eccessivamente distanti da un modello di riabilitazione classicamente inteso. Si pensi, ad esempio, al fatto che questa disciplina non trovi ancora oggi una collocazione precisa per quanto concerne il setting in cui debba essere effettuata (se cioè debba essere praticata all'interno di ospedali, in strutture extraospedaliere o ancora possa essere praticata anche nelle case di riposo) ed anche al problema della "post-acuzie" che, nonostante il fiorire di interessi sulle cure intermedie, appare un'entità non ben definita e lungi dal trovare una sistematizzazione. Un secondo motivo è di carattere più squisitamente pratico. Fino a qualche anno fa pensare di sottoporre ad un trattamento riabilitativo un paziente anziano era considerato dagli addetti ai lavori quasi un *non-sense*, una contraddizione in termini. Il paziente anziano, non sempre in grado di collaborare al trattamento fisioterapico proposto e di tollerare carichi intensivi di lavoro, era considerato non eleggibile al trattamento stesso e di fatto aprioristicamente escluso da qualsiasi attività riabilitativa. Oggi, fortunatamente, l'attenzione nei confronti del paziente anziano e delle problematiche cliniche e gestionali correlate all'invecchiamento è de-

cisamente aumentata, sebbene non si possa fare a meno di osservare che esistono ancora sacche di pregiudizio culturale in varie parti della nostra penisola.

## PERCHÉ SONO NECESSARI I REPARTI DI RIABILITAZIONE GERIATRICA?

Negli ultimi anni, l'epidemiologia dei bisogni è profondamente cambiata anche in ambito riabilitativo. A questo cambiamento hanno certamente contribuito i grandi sovvertimenti demografici degli ultimi anni, caratterizzati da una crescita esponenziale dell'età media della popolazione e da una compressione della disabilità verso le fasce di età più elevate. I dati ISTAT dell'ultimo quinquennio, a supporto di queste osservazioni dimostrano, ad esempio, che il 72% degli ictus si verifica in persone anziane e che oltre l'80% delle fratture registrate nei soggetti di sesso femminile si verifica in donne ultra-settantacinquenni (Rossini et al., 2005). Nello specifico, l'aumento del numero di ricoveri per frattura femorale osservato nel quadriennio 1999-2002 sembra essere quasi esclusivamente attribuibile all'incremento del numero di fratture verificatesi nelle donne di età superiore ai 75 anni, che sono passate da 47.552 (1999) a 53.628 (2002), con un incremento dell'11.3% in 4 anni (Rossini et al., 2005). Nello stesso periodo, i ricoveri per frattura femorale nel sesso maschile sono passati da 11.702 a 13.582 (Rossini et al., 2005).

## ESPERIENZE

La Tabella 1 mostra l'evoluzione delle caratteristiche degli utenti di un reparto di riabilitazione geriatrica negli anni dal 2003 al 2007. I dati indicano un significativo aggravamento delle condizioni cliniche, cognitive e funzionali, evidenziando indirettamente la tendenza (sia pure con tutti i limiti dell'estrapolazione) a ricoverare persone nelle quali la relazione tra disabilità motoria (*Barthel Index*), disabilità cognitiva (*Mini Mental State Examination*), comorbidità (*Charlson Index*) e fragilità (numero di eventi avversi occorsi durante la degenza) è molto stretta.

Tale osservazione sembra essere supportata anche da recenti reviews, secondo le quali – sebbene siano da considerarsi condizioni distinte – disabilità, fragilità e comorbidità sono in realtà molto spesso interagenti e coesistenti (Fried et al., 2001; Fried et al., 2004). Dati

del *Women's Health and Aging Study* (Xue et al., 2008) indicano che circa il 30% dei soggetti moderatamente o gravemente disabili è contemporaneamente anche fragile e con polipatologia.

Un ulteriore elemento di complessità, che ha caratterizzato l'utenza dei reparti di riabilitazione geriatrica negli ultimi anni, è dato dall'instabilità clinica e dagli scompensi. L'instabilità clinica è una dimensione tradizionalmente considerata soltanto in medicina per acuti ma che, invece, è oggi rilevante da un punto di vista epidemiologico anche in riabilitazione. A questo proposito, un recente articolo pubblicato su *JAMA* (Ottentbacher et al., 2004) ha chiaramente mostrato che negli Stati Uniti, dal 1994 al 2001, il numero degli utenti ricoverati in reparti di riabilitazione ospedaliera con problematiche di instabilità clinica è significativamente

**Tabella 1** - Modificazioni delle caratteristiche di utenza negli anni 2003-2005-2007 nel reparto di Riabilitazione Ospedaliera della Casa di Cura Ancelle della Carità di Cremona.

Caratteristiche	2003	2005	2007
	Media ± DS (%)	Media ± DS (%)	Media ± DS (%)
Età (anni)	76.2 ± 11.3	76.9 ± 10.7	78.8 ± 10.0
75-89	(57.5)	(57.4)	(62.6)
> 90	(7.4)	(8.0)	(10.3)
Sesso Femminile	(71.7)	(72.8)	(70.7)
MMSE	22.6 ± 6.3	22.5 ± 6.3	21.5 ± 6.6
Deterioramento cognitivo assente (MMSE ≥ 24)	(55.0)	(55.8)	(47.5)
Deterioramento cognitivo lieve (MMSE = 18-23)	(24.6)	(22.5)	(27.4)
Deterioramento cognitivo moderato (MMSE = 11-17)	(15.9)	(16.0)	(17.2)
Deterioramento cognitivo severo (MMSE = 0-10)	(4.4)	(5.7)	(7.9)
Geriatric Depression Scale (GDS)	6.1 ± 3.6	5.8 ± 3.3	6.1 ± 3.7
Depressione assente (GDS < 6/15)	(60.0)	(60.0)	(57.7)
Depressione presente (GDS ≥ 6/15)	(40.0)	(40.0)	(42.3)
BMI (kg/cm <sup>2</sup> )	24.4 ± 4.9	25.7 ± 5.4	24.2 ± 5.6
Charlson Comorbidity Index	2.7 ± 2.2	2.5 ± 2.0	—
CIRS Severità (IDS)	—	—	1.8 ± 0.3
CIRS Comorbilità (IDC)	—	—	4.2 ± 1.9
Barthel Index pre-ammissione (0-100)	81.8 ± 22.0	83.5 ± 21.1	80.8 ± 22.3
Barthel Index ingresso	55.6 ± 27.7	56.6 ± 26.0	55.1 ± 27.9
Barthel Index dimissione	74.0 ± 5.7	77.7 ± 25.2	72.6 ± 27.9
Eventi clinici avversi	0.5 ± 0.9	0.5 ± 0.9	0.7 ± 1.0
Nessun evento avverso	(63.4)	(65.5)	(59.5)
1 evento avverso	(25.0)	(21.3)	(21.7)
≥ 2 eventi avversi	(11.6)	(13.2)	(18.7)

CIRS (IDS) = Cumulative Illness Rating Scale, Indice di Severità; CIRS (IDC) = Cumulative Illness Rating Scale, Indice di Comorbilità.

aumentato tanto che, a fronte di una maggiore efficacia (incremento del punteggio alla scala FIM) ed efficienza (incremento del punteggio FIM/durata della degenza) degli interventi, è aumentato in modo proporzionale anche il tasso di mortalità durante la degenza. Anche in Italia, seppure manchino dati così precisi, lo scenario non è granché differente. L'introduzione di un nuovo sistema di remunerazione delle tariffe di degenza e la pressione esercitata dagli ospedali per una rapida dimissione (in ragione dei DRG che incentivano a contenere le durate della degenza), hanno finito con il favorire i trasferimenti sempre più frequenti di pazienti ancora instabili, o non perfettamente compensati sotto il profilo clinico, verso strutture di riabilitazione, che dunque oggi devono fare i conti con un'utenza significativamente differente da quella che era ricoverata nelle stesse strutture soltanto alcuni anni orsono. In questo contesto, la scelta degli interventi appropriati ed efficaci è una questione sempre più rilevante: l'efficacia delle cure prestate è infatti necessaria in uno scenario complessivo di contrazione delle risorse, onde evitare sprechi o soluzioni semplicistiche. L'ambito della riabilitazione geriatrica non si colloca al di fuori di questa problematica, ma anzi, ne è decisamente interessato.

## IL MODELLO DELLA REHABILITATION AND AGED CARE UNIT

In un recente articolo pubblicato sugli *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Robert Kane afferma che nella riabilitazione delle persone anziane è difficile separare la fase di recupero spontaneo da quella di recupero dovuto ad un intervento riabilitativo specifico (Kane, 2007). In effetti è tipico osservare in questi pazienti miglioramenti significativi dello stato funzionale anche soltanto pochi giorni dopo l'inizio delle cure mediche ed infermieristiche. Dati di recente pubblicazione dimostrano, ad esempio, che la risoluzione del delirium (o stato confusionale acuto), ottenuta dopo aver instaurato cure mediche specifiche, permette evidenti miglioramenti dello stato funzionale in modo indipendente da una specifica attività fisioterapica (Speciale et al., 2007).

Ad un'analisi sommaria, si potrebbe ritenere che il miglioramento funzionale così ottenuto dimostri indirettamente che in riabilitazione geriatrica l'intervento fisioterapico sia meno importante che in altri settori e che la dimensione clinico-assistenziale sia preponderante. Tale convinzione è erronea. Come noto il delirium è un

paradigma della complessità delle cure nel quale il lavoro d'équipe trova le basi per una riorganizzazione sistematizzata. A fianco dell'intervento del medico che deve saper riconoscere i fattori predisponenti e scatenanti il delirium, è fondamentale l'apporto dell'infermiere che individua e previene le possibili complicità dell'allettamento e della sedazione, e del fisioterapista che legge il peggioramento/miglioramento della disabilità (e dunque dell'evoluzione clinica del delirium) nel paziente, prevenendo la comparsa di danni terziari (Bellelli et al., 2005). Quotidianamente, l'evoluzione clinica del paziente, misurata attraverso il riconoscimento della presenza/assenza del delirium, consentirà ad ogni membro dell'équipe di rivalutare il proprio assetto organizzativo, nello specifico del proprio ruolo ed in rapporto agli altri operatori (medici e non medici), nonché di modulare gli interventi di cura in modo armonico e coerente. In questa prospettiva il delirium, così come qualsiasi altra sindrome geriatrica, può essere "utilizzato" dall'équipe come luogo di collaborazione interdisciplinare e come modello prototipico di cura (Bellelli et al., 2005). In un recente lavoro pubblicato sul *Journal of American Medical Directors Association* (Bellelli et al., 2008) è stato teorizzato il modello della *Rehabilitation and Aged Care Unit* (RACU). La RACU è un reparto dedicato alla cura di persone anziane disabili e fragili che propone un approccio operativo multiprofessionale e multimodale, in grado di coniugare interventi di tipo clinico, assistenziale, fisioterapico ed educativo-supportivo in un mix omogeneo ed efficace. La RACU, in qualche modo, si propone come prototipo di reparto di riabilitazione geriatrica, basandosi su alcune premesse di fondo che giustificano in chiave filosofico-organizzativa il modello che ne deriva.

Un primo punto chiave è che la RACU accoglie tipicamente pazienti che, in aggiunta a problematiche riabilitative "pure" (cioè di disabilità acuta, cronica o mista), lamentano anche problemi di instabilità clinica e labilità dei compensi per quanto attiene allo stato di salute somatico. Un secondo punto chiave è che la RACU non prevede una distinzione formale tra riabilitazione intensiva ed estensiva, ma anzi favorisce la commistione nei medesimi reparti di pazienti con problematiche diverse. Ciò ha lo scopo primario di omogeneizzare gli ambienti di cura e favorire la nascita di modelli operativi in cui i pazienti possano trovare soddisfatti i propri bisogni non tanto sulla base di una maggior o minor intensità di trattamento (imposta da standard formali), quanto dall'effettiva valutazione dei bisogni assistenziali.

## ESPERIENZE

La Tabella 2 mostra le caratteristiche salienti di una popolazione di 1.300 pazienti ricoverati in RACU negli anni 2003-2007. Si tratta di pazienti con età media eleva-

ta (76.6 anni), prevalentemente di sesso femminile (72%), provenienti per circa la metà dei casi da ospedali per acuti (48%) e per l'altra metà dal domicilio (46%).

**Tabella 2** - Caratteristiche dei pazienti ricoverati in RACU in un periodo di 12 mesi.

Caratteristiche	Pazienti (N=1323) Media $\pm$ DS o %	Range
Età	76.6 $\pm$ 10.5	65-99
Sesso femminile	71.8	-
<b>Principale motivo di ammissione in RACU</b>		
Intervento chirurgico ortopedico	35.4	
Stroke	7.1	
Morbo di Parkinson	2.2	
Disturbo della marcia a genesi polifattoriale	45.4	
Malattie cardiocircolatorie	5.4	
Pneumopatia	1.8	
Sindrome ipocinetica	5.7	
<b>Provenienza</b>		
Domicilio	46.2	-
Ospedale	48.5	
Altre riabilitazioni	5.3	
Viventi al domicilio da soli	34.6	
<b>Stato civile</b>		
Celibe/nubile	13.0	
Coniugato	33.9	
Vedovo/a-separato/a	53.1	
Charlson index	3.0 $\pm$ 2.3	0-17
Body Mass Index (kg/cm <sup>2</sup> )	26.3 $\pm$ 5.0	13.36-53.97
Albuminemia (mg/dl)	3.1 $\pm$ 0.7	1-22.2
Colesterolemia (mg/dl)	178.8 $\pm$ 43.0	54-366
<b>Mini Mental State Examination</b>	22.8 $\pm$ 6.0	
0-10 (deficit cognitivo severo)	4.4	
11-18 (deficit cognitivo moderato-severo)	18.1	0-30
19-24 (deficit cognitivo lieve-moderato)	27.4	
25-30 (deficit cognitivo assente o lieve)	50.1	
<b>Geriatric Depression Scale</b>	6.0 $\pm$ 3.6	0-15
>9 (depressione moderato-severa)	24.7	-
6-8 (depressione lieve)	27.2	-
<6 (depressione assente)	48.1	-
Barthel Index pre-ricovero (1 mese prima dell'ammissione)	81.4 $\pm$ 22.2	0-100
Barthel Index all'ingresso	55.0 $\pm$ 27.2	0-100
Barthel Index alla dimissione	74.4 $\pm$ 25.5	0-100
Tinetti Scale all'ammissione	11.9 $\pm$ 8.8	0-87
Tinetti Scale alla dimissione	18.2 $\pm$ 8.6	0-100
Functional Independence Measure all'ammissione	79.3 $\pm$ 28.7	0-126
Functional Independence Measure alla dimissione	92.4 $\pm$ 28.0	0-126
Durata delle sessioni fisioterapiche (minuti)	30.5 $\pm$ 11.2	6.3-84.1
Eventi clinici avversi	0.6 $\pm$ 0.9	0-7
Delirium (prevalente o incidente)	13.0	-
Durata della degenza (giorni)	23.8 $\pm$ 10.8	3-100

In genere il ricovero è motivato da problematiche ortopediche o neurologiche ancorché non siano state infrequenti malattie cardiocircolatorie e dell'apparato respiratorio. Poco più di un terzo di questi pazienti vive solo al proprio domicilio. In media il deficit cognitivo è di grado lieve (MMSE  $22.8 \pm 6.0$ ), sebbene circa un quinto dei pazienti mostri un decadimento di grado moderato-severo. Parimenti, circa un quarto dei pazienti ricoverati in RACU lamenta tono dell'umore moderatamente o severamente depresso. I pazienti appaiono in discrete condizioni nutrizionali, ancorché affetti da una comorbilità elevata (in media,  $3.0 \pm 2.3$  patologie con un elevato consumo di farmaci) e da una moderata compromissione funzionale per quanto concerne lo stato premorboso, l'ammissione in RACU e la dimissione. In media, circa un paziente su due sviluppa un evento clinico intercorrente durante la degenza in RACU ( $0.6 \pm 0.9$  per paziente) e, tra questi, nel 13% dei casi si tratta di delirium (stato confusionale acuto). La degenza media è di poco superiore ai 23 giorni.

Analizzando gli outcomes ad 1 anno dalla dimissione, si osserva una mortalità complessiva del 10.2%, un tasso di istituzionalizzazione dell'8.3% (3.3% alla dimissione e 5% nei successivi 12 mesi) ed un tasso di ospedalizzazione del 24%. Tali risultati sono sorprendentemente migliori di quelli ottenuti in strutture riabilitative di oltreoceano, verosimilmente a causa del fatto che i pazienti statunitensi sono più gravi all'ammissione. Per ciascuno di questi outcomes è possibile individuare fattori predittivi differenti che permettano di pianificare un intervento assistenziale differenziato. Il rischio di istituzionalizzazione è ad esempio predetto dall'età elevata, dalla mancanza di supporto abitativo, dallo stato cognitivo e dalla presenza di delirium, nonché da una compromissione significativa dello stato funzionale. La presenza di delirium in associazione ad una comorbilità moderato-severa predice il rischio di ri-ospedalizzazione, mentre il decesso è predetto da un maggior numero di variabili (età, stato funzionale all'ammissione, comorbilità, depressione del tono dell'umore e bassi valori di albuminemia).

## LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOMES IN RIABILITAZIONE ED I MODELLI ESISTENTI DI ATTRIBUZIONE DELLE TARIFFE IN RIABILITAZIONE: ALLA RICERCA DI UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE ISO-RISORSE ED OUTCOME-CORRELATO

La valutazione degli outcomes è essenziale in riabilitazione sia per verificare la bontà dell'operato svolto ma

anche in un'ottica di definizione del rapporto tra costi e benefici degli interventi. È infatti necessario un preciso sforzo da parte di chi ha la responsabilità dei servizi per definire i benefici ottenuti, altrimenti sarà difficile domandare alla generosità sociale di impegnarsi a favore dei pazienti più fragili. L'introduzione di linee guida secondo i principi dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) ha certamente costituito una notevole spinta verso la definizione degli outcomes riabilitativi, anche se la loro costruzione si è dimostrata piena di incertezze e difficoltà legate a molteplici variabili (Trabucchi e Crepaldi, 2001; Tesio, 2007).

Innanzitutto va sottolineato che i risultati nel campo della riabilitazione geriatrica non sempre possono essere raggiunti in breve tempo, ed inoltre le linee guida possono essere molto utili per definire quale cura sia più appropriata, ma non possono certo sostituire il medico nella scelta dei tempi e dei modi della cura che, tanto più in un anziano, sarà articolata e varia.

In questo scenario complesso, la creazione di sistemi di valutazione degli outcomes in riabilitazione ha comunque preso il via tra dubbi e perplessità, ed è diventata uno dei temi più "caldi" in ambito di programmazione della politica sanitaria. Non può infatti essere dimenticato che la possibilità di misurare gli outcomes riabilitativi in modo ordinato e finalizzato potrebbe consentire di addivenire a sistemi retributivi non più basati su criteri di processo o di standard strutturali, bensì sul raggiungimento di risultati. Mediante sistemi retributivi di questo tipo si potrebbero ipotizzare maggiori retribuzioni per le strutture che abbiano dimostrato risultati migliori (ovviamente tarati sulla base della complessità clinica e riabilitativa) e, dunque, tendere ad un innalzamento consensuale del livello qualitativo atteso.

Negli Stati Uniti, negli anni passati, sono state utilizzate numerose scale funzionali e misure di performances per la valutazione standardizzata dei pazienti in *Post-Acute Care* (PAC) (Keith et al., 1987; Moskowitz, 1985; Turner-Stokes et al., 1999). Tra queste, la FIM™ è stata utilizzata per generare gruppi isorisorse attraverso una classificazione ed un approccio algoritmico "regression tree" (CART) (Keith et al., 1985), ed i FIM-FRG che ne conseguono sono stati utilizzati per il sistema di pagamento prospettico (Stineman et al., 1997; Stineman et al., 1994). Nel 1999-2000 il CMS (*Center for Medicare and Medicaid Services*), ex HCFA (*Health Care Financing Administration*) mise a punto uno strumento originale e molto dettagliato denominato *Minimum Data Set-Post Acute Care* (MDS-PAC), che venne testato in vari studi.

## ESPERIENZE

In aggiunta rispetto alla FIM™ il MDS-PAC conteneva informazioni accurate sul trattamento realmente effettuato, sulle modalità di gestione dei problemi e sulle condizioni cliniche dei pazienti. L'implementazione del MDS-PAC nei setting postacuti come strumento di assessment e come modalità di rimborso venne soppiantata nel 2002 dall'*Inpatient Rehabilitation Facilities-Patient Assessment Instrument* (IRFs-PAI), strumento più complesso che includeva la FIM™ quale misura di assessment funzionale.

In Italia il MDS-PAC è stato utilizzato in due studi finanziati dal Ministero della Sanità al termine dei quali si è dimostrata la possibilità di vincolare gli outcome al recupero funzionale, in particolare stimando adeguatamente i costi dell'intervento e determinando per ogni gruppo di malattia la durata della degenza ottimale per ottenere il recupero funzionale previsto (Saitto et al., 2005a; Saitto et al., 2005b). I due strumenti presentano vantaggi e svantaggi; il principale vantaggio è che tentano di correlare il pagamento all'outcome ottenuto alle risorse impiegate. Ciò è estremamente importante per favorire una crescita qualitativa del sistema riabilitazione, per premiare le strutture in grado di operare meglio e per evitare atteggiamenti opportunistici che potrebbero generarsi con un sistema tariffario fisso a giornata di degenza e soglia.

Gli svantaggi sono legati essenzialmente alla complessità degli strumenti adottati ed al tempo richiesto per la compilazione (ad esempio l'MDS-PAC richiede misurazioni ad intervalli regolari nel corso della durata della degenza). Inoltre, l'uso di questi strumenti è stato validato utilizzando la variabile "durata della degenza" come parametro per misurare l'efficienza dell'intervento, e ciò sarebbe improponibile in Italia tenuto conto che la durata della degenza risente, come noto, di influenze legate alle condizioni sociodemografiche ed abitative dei pazienti. Tuttora negli Stati Uniti non è ancora condiviso un data-set standardizzato di outcomes "paziente centrati", applicabile trasversalmente a differenti categorie diagnostiche e in setting di cura differenti, sufficientemente sensibile da cogliere i cambiamenti clinicamente significativi dello stato dei pazienti.

### **I PERCORSI CLINICI INTEGRATI (PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI) E LA LORO MAPPA**

Se immaginiamo il processo riabilitativo come la pianificazione di una serie di interventi che accompagnano

il paziente dalla fase acuta ospedaliera fino al rientro al domicilio e successivamente, nel medio-lungo periodo, attraverso i vari setting di cura, possiamo derivare un percorso clinico da organizzare attorno agli obiettivi-chiave della riabilitazione: la stabilizzazione clinica (compenso delle alterazioni fisiologiche legate alle malattie d'organo), il recupero funzionale (miglioramento delle limitazioni causate dalla malattia principale e dalla comorbilità e riduzione della disabilità), l'adattamento ambientale e socio-relazionale (rientro/mantenimento del paziente al domicilio o nel contesto di cura più appropriato). Questa complessa serie di interventi multiprofessionali deve inoltre salvaguardare il benessere psicologico e la qualità di vita del paziente stesso e dei suoi familiari (Bernardini et al., 2006).

Il metodo dei Percorsi Clinici Integrati (PCI) rappresenta un'evoluzione dell'approccio tradizionale alla valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure. I PCI sono algoritmi che definiscono formalmente i tempi e la sequenza delle attività diagnostico-terapeutiche programmate per la gestione di una determinata condizione patologica. Sebbene non vi siano ancora sufficienti prove di efficacia a supporto della loro applicazione nei pazienti con patologie complesse (ad esempio l'ictus o la frattura di femore nell'anziano vulnerabile), lo strumento dei PCI rappresenta lo standard organizzativo adottato da molte strutture per migliorare la qualità delle cure, ottimizzare l'uso delle risorse ed educare i componenti del team assistenziale. I vantaggi principali offerti dal metodo dei PCI sono:

- l'aderenza al "mondo reale": descrivono infatti le attività effettivamente svolte "rivelando" l'organizzazione interna del sistema di cura adottato, al di là dei parametri precostituiti dell'accreditamento;
- il focus sugli obiettivi: le attività diagnostico-terapeutiche sono finalizzate al raggiungimento di obiettivi (intermedi e finali) verificabili, che condizionano il percorso stesso e la sua evoluzione;
- l'enfasi sui processi di cura e la loro standardizzazione: la definizione e l'analisi della rete dei processi ne permette il controllo e una migliore pianificazione.

Una barriera che ostacola la progettazione di PCI in riabilitazione geriatrica è rappresentata dalla complessità del paziente anziano, che implica un disegno fortemente "paziente-dipendente". Diversamente da altre patologie d'interesse riabilitativo per le quali sono stati sviluppati PCI (ad esempio interventi artroprotesi in elezione), nelle patologie complesse sono infatti le caratteristiche cliniche e funzionali del paziente che de-

Id. _____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F		
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>SEQUENZA TEMPORALE</b>				
Data ammissione UO acuti (Evento Indice)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data dimissione UO acuti	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data ammissione	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data dimissione / trasferimento / morte	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>ASSESSMENT SCORES</b>				
	Pre.	Amm.	Dim.	
Barthel Index total score	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CIRS Severity Index		<input type="text"/>		
SDC score		<input type="text"/>		
MMSE score		<input type="text"/>		
HALM score		<input type="text"/>		
CAM score		<input type="text"/>		
<b>INDICATORI DI STATO</b>				
	No	Sì		
Età ≥ 75 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disabilità premorbosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Comorbilità cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disabilità comunicativa moderata completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fragilità sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di infezioni acute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di instabilità clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di dipendenza funzionale grave completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di disfagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di malnutrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presenza di ulcere da pressione ≥S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>INDICATORI DI TRANSIZIONE</b>			No	Sì
ACEs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infezioni vie urinarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infezioni non urinarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ACEs non infettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trattamento con antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trattamento del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Supporto nutrizionale orale / disfagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Contenzione fisica / farmacologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Caduta senza conseguenze maggiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Caduta con conseguenze maggiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>INDICATORI DI ESITO ORGANIZZAZIONE ORIENTATI</b>			Sì	
Dimissione al domicilio senza ulteriore riabilitazione	<input type="checkbox"/>			
Dimissione al domicilio – riabilitazione domiciliare	<input type="checkbox"/>			
Trasferimento in Day Hospital	<input type="checkbox"/>			
Trasferimento altra riabilitazione	<input type="checkbox"/>			
Trasferimento RSA	<input type="checkbox"/>			
Trasferimento UO acuti per instabilità clinica	<input type="checkbox"/>			
Decesso	<input type="checkbox"/>			
<b>INDICATORI DI ESITO PAZIENTE ORIENTATI</b>			No	Sì
Cammino indipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Riabilitazione “di guadagno”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assenza di dipendenza funzionale grave completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assenza di catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Continenza urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assenza di ulcere da pressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Usa questa scheda per collezionare gli indicatori dalle cartelle del paziente. Completa la sezione generale, registra i punteggi della valutazione e marca il riquadro appropriato di ogni indicatore.

Figura 1 - Scheda di raccolta degli indicatori.

## ESPERIENZE

terminano le modalità dei trattamenti e la progressione del percorso.

Il sistema IPER® (Bernardini et al., 2004), proposto da Bernardini e colleghi, è un sistema standardizzato di indicatori utilizzabile per la “macro-mappatura” del percorso di cura dei pazienti e la valutazione delle performance delle organizzazioni, almeno per i setting riabilitativi post-acuti (riabilitazione specialistica e generale geriatrica). Il sistema origina direttamente dalle cartelle cliniche, valorizzando gli elementi considerati significativi dell'assessment multidimensionale e dei trattamenti effettuati, e permette l'analisi del *case-mix* dei pazienti trattati, della varietà ed entità dei processi di cura e degli obiettivi raggiunti. Il sistema è da considerare come una misura generica (generale) del percorso di cura dei pazienti, applicabile a qualsiasi condizione, indipendentemente dalla malattia principale che ha determinato il ricovero riabilitativo. Esso è basato su misure e strumenti validati, quali il Barthel Index modificato secondo Shah, la scala di Disabilità Comunicativa, il *Mini Mental State Examination* (MMSE), il *Confusion Assessment Method* (CAM), la *Cumulative Illnesses Rating Scale* (CIRS), e su misure standardizzate per identificare e/o stadiare specifiche condizioni come la malnutrizione, le ulcere da decubito, l'incontinenza urinaria. Il *core-set* è composto da indicatori dicotomici (presenza o assenza della condizione target) scomponibile in quattro sottogruppi:

- 1) Gli indicatori di stato focalizzano il profilo clinico-funzionale del paziente all'ammissione nell'unità di riabilitazione. Il subset è organizzato per evidenziare preesistenti fattori di rischio non modificabili (età  $\geq 75$  anni, comorbilità cronica, disabilità premorbosa, fragilità sociale) e fattori di rischio “emergenti” (modificabili): presenza di disabilità comunicativa, confusione, instabilità medica, malnutrizione, lesioni da pressione, catetere urinario, infezioni acute. Gli indicatori di stato, opportunamente trattati, possono essere utilizzati per stratificare il rischio dei pazienti di cattivi esiti clinici e funzionali.
- 2) Gli indicatori di transizione misurano il profilo di cura del paziente per impegno medico e processi-chiave assistenziali. Identificano i pazienti che hanno necessitato di un workup diagnostico e di terapia mirata per eventi clinici avversi (infettivi e non infettivi), quelli caduti, che sono stati contenuti, o con necessità di trattamenti prolungati per il dolore, la depressione, la malnutrizione.
- 3) Gli indicatori di esito organizzazione-orientati defi-

niscono la allocazione dei pazienti alla dimissione dalla riabilitazione. Questi indicatori si escludono vicendevolmente: dimissione al domicilio senza necessità di ulteriore riabilitazione, prosieguo della riabilitazione con Assistenza Domiciliare Integrata, Day Hospital o altre strutture riabilitative, trasferimento in casa di riposo, trasferimento in unità di cura per acuti (per instabilità medica intrattabile), decesso (durante il decorso riabilitativo).

- 4) Gli indicatori di esito paziente-orientati definiscono l'efficacia del trattamento riabilitativo per i pazienti sopravvissuti o non trasferiti in unità per acuti: indipendenza nel cammino, recupero funzionale completo, assenza di ulcere da pressione, catetere vescicale e continenza urinaria.

Nella Figura 1 è riportata la scheda di raccolta degli indicatori. La compilazione della scheda, se basata su cartelle cliniche ben compilate, non richiede più di 10 minuti a paziente.

## CONCLUSIONI

Qualche tempo fa la geriatria era stata definita “una scienza non adatta ai deboli di cuore”. Si potrebbe estendere questa definizione anche alla riabilitazione geriatrica, per la complessità dei problemi clinici che deve affrontare (talvolta peraltro in ambienti di cura con limitate dotazioni tecnologiche), per le incertezze della prognosi, per le difficoltà organizzative tra interventi intensivi ed estensivi. Ma sono difficoltà che si affrontano e si superano con l'intelligenza della mente e la generosità del cuore, sapendo che attorno al tema riabilitazione-libertà ruotano molte attese e speranze nella vita degli anziani.

La geriatria è oggi pronta per recitare un ruolo importante nell'ambito della disciplina riabilitativa, non accontentandosi più di partecipare come comprimaria ai dibattiti sul tema, ma proponendosi come riferimento culturalmente adeguato ed attuale.

## BIBLIOGRAFIA

Bellelli G, Pagani M, De Marco V, Trabucchi M. La cura del delirium: un luogo per la collaborazione tra medico ed infermiere. *I luoghi della cura* 2005; 4: 25-32.

Bellelli G, Magnifico F, Trabucchi M. Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 55-64.

Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A, (per il gruppo SIGG della Lom-

bardia). Le basi metodologiche della cartella di riabilitazione geriatrica. *I luoghi della cura* 2006; 4: 19-25.

Bernardini B, Cappadonia C, Corsini C, Pagani M, Giardini S, Benvenuti F. Sistema IPER®: Indicatori di Processo-Esito in Riabilitazione. Vega Edizioni, Padova 2004.

Fried LP, Tangen CM, Waltson J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M134-5.

Fried LP, Ferrucci L, Dater J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59A: 255-63.

ISTAT: dati reperibili sul sito web dell'ISTAT <http://ionio.cineca.it/>.

Kane RL. Assessing the Effectiveness of Postacute Care Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 1500-4.

Keith RA, Granger C, Hamilton BB et al. The Functional Independence Measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil* 1987; 1: 6-16.

Keith RA, Breckenridge K. Characteristics of patients from the Hospital Utilization Project Data System: 1980-1982. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 768-72.

Moskowitz E. PULSES profile in retrospect. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 647-8.

Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB et al. Trends in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation. *JAMA* 2004; 292: 1687-95.

Rossini M, Piscitelli P, Fitto F et al. Incidenza e costi delle fratture di femore in Italia. *Reumatismo*, 2005; 57 (2): 97-102.

Saitto C, Marino C, Fusco D et al. Toward a new payment system for inpatient rehabilitation. Part I: predicting resource consumption. *Med Care* 2005a; 43: 844-55.

Saitto C, Marino C, Fusco D et al. Toward a new payment system for inpatient rehabilitation. Part II: Reimbursing providers. *Med Care* 200b; 43: 856-64.

Speciale S, Bellelli G, Lucchi E, Trabucchi M. Delirium and functional recovery in elderly patients. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2007; 62: 107-8.

Stineman MG, Tassoni CJ, Escarce JJ, et al. Development of function-related groups version 2.0: a classification system for medical rehabilitation. *Health Serv Res* 1997; 32: 529-48.

Stineman MG, Escarce JJ, Goin JE et al. A case-mix classification system for medical rehabilitation. *Med Care* 1994; 32: 366-79.

Tesio L. Functional assessment in rehabilitative medicine: principles and methods. *Eura Medicophys* 2007; 43: 515-23.

Trabucchi M, Crepaldi G. L'organizzazione dell'assistenza all'anziano: un puzzle con molti problemi aperti. In: Spalao P, Maggi S, Trabucchi M (Eds). *L'anziano nella rete dei servizi*. Il Poligrafo, Padova 2001: 15-37.

Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Need Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999; 13: 253-67.

Xue QL, Fried LP, Glass TA et al. Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: the Women's Health and Aging Study I. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 240-8.

## Il movimento come stile di vita per gli anziani: un progetto integrato di prevenzione e promozione della salute

**Andrea Imeroni**

Presidente Nazionale Uisperlagrandetà

### PREMESSA

Quando nel 2005 presentammo la Ginnastica a Domicilio, un importante quotidiano nazionale titolò nell'edizione torinese "Un trainer personale a casa dell'anziano".

Chi si occupa di sport sa che, nell'accezione comune, quando si parla di trainer si intende un allenatore, un tecnico votato alla prestazione, una persona che ti segue e ti orienta verso quella che lui ritiene una possibile meta di fitness. La giornalista non poteva conquistarsi uno spazio nella pagina della cronaca della città se non suscitando, attraverso il titolo, un certo "stupore". Un allenatore a casa di ogni vecchio doveva richiamare nei lettori quella curiosità che il tema vecchietta di solito annulla, mentre il binomio vecchio-sport, vecchio-allenamento, vecchio-prestazione, stupisce ed invita a saperne di più. Ebbene, poco o nulla aveva in comune con il trainer così inteso l'operatore della Ginnastica a Domicilio, che si recava a casa di anziani in difficoltà, su indicazione del MMG o dei Servizi Sociali, accompagnato da un conoscente/amico dell'anziano o dall'assistente sociale. Approfittarono di quell'opportunità 115 anziani di 16 città italiane: anziani non dipendenti totalmente dai servizi e che usufruivano di un sostegno legato ai servizi alla persona, anziani con evidente perdita di riserva funzionale, depressi o che dichiaravano una perdita di fiducia legata ad incidenti o cadute con strascichi psicologici o insicurezze psicofisiche, anziani soli, in età avanzata, o che usufruivano di assistenza domiciliare (spesa, pagamento bollette, accompagnamento). A casa di costoro si recò un laureato in Scienze Motorie che aveva frequentato corsi di

aggiornamento nell'Area Anziani dell'Unione Italiana Sport Per tutti e, nell'arco di una ricerca durata sei mesi, ben 85 persone "chiuse nella loro casa" recuperarono il territorio, ossia si iscrissero a corsi che organizzavamo in quelle città, la maggior parte dei quali erano di ginnastica dolce.

Molti di quegli anziani usufruivano, nel contempo, dei servizi messi a loro disposizione dalle città tramite associazioni di volontariato che inviavano al loro domicilio persone anziane disposte ad "ascoltarli".

### LA NOVITÀ DELLA NOSTRA PROPOSTA: DARE VOCE AL CORPO

La nostra filosofia ha introdotto nelle dinamiche della comunicazione fra volontario e assistito il recupero dell'azione, del gesto, di quegli elementi seppur minimi di muscolarità necessari a "rimettere l'anziano in piedi", affinché possa raccontare i suoi "acciacchi" camminando. La nostra convinzione si basa sulla certezza che il corpo, come la casa, è il fulcro delle nostre sicurezze ma, nel contempo, come la casa, può trasformarsi in un elemento ostile. La casa, la sicura casa, da cui nessuno desidera andarsene, non è che l'estensione del corpo... del corpo in azione. Che cos'è infatti l'esperienza se non una concatenazione di azioni significative? E quale valore può avere l'intervento o l'aiuto se non calato in un microcosmo, la casa, che non avrebbe alcun significato se non fosse vissuta? L'intervento di aiuto che conquista dignità nella domiciliarità, in un intero e in un intorno, non ha alcun significato se non si pone come primo obiettivo di dare voce al corpo.

Ridare voce a quel corpo che ha modellato la casa e che ora, suo malgrado, la sta trasformando nella propria tomba... la rinuncia all'azione è il paradigma della rinuncia del mondo. Ci si chiude allora in casa in attesa di uscirne "senza corpo". Annullare l'azione impone solitudine e rassegnazione e chi parla di domiciliarità non può trascurare questo aspetto fondamentale. Far riconquistare elementi seppur minimi d'azione verso l'ambiente è l'elemento basilico del "ritornare in vita": nessuna parola può sostituire il corpo. Il corpo è parola così come la casa è azione! Ascoltare diventa allora "abitare": ridare ascolto al corpo-casa.

## TEORIA E PRASSI DELLA CULTURA DEL CORPO PER CHI INVECCHIA

Se le ricerche dimostrano l'importanza del movimento affermando che forse è l'unica "medicina" senza controindicazioni di cui si è dimostrata l'utilità, l'inserimento dell'attività motoria nella prevenzione e nella promozione della salute, affinché un rinnovato stile di vita ritardi e riqualifichi gli esiti dell'invecchiamento, stenta ad affermarsi dato che il movimento nella vecchiaia è considerato utile se assimilato alla fisioterapia, mentre si sta affacciando lo sport in tarda età considerato come prestazione... "nonostante l'età guardate che tempi e misure tizio o caio riescono ancora a fare!".

Ho seguito per oltre trent'anni l'evoluzione delle dinamiche di prevenzione e promozione della salute e, negli ultimi anni, come presidente nazionale degli anziani della più grande associazione europea di *sportpertutti* (la UISP ha oltre 1 milione e 300 mila soci) ho contribuito alla messa a punto di un piano integrato di intervento incentrato sul corpo in azione, che sono certo aiuterà lo stesso concetto di sport a rinnovarsi.

Lo *sportpertutti* ha bisogno di declinare le proprie generalità attraverso il concetto del "nessuno escluso" e i progetti per nuove politiche della salute devono mirare ad avviare azioni che credano definitivamente nel recupero della corporeità nell'accezione più ampia, e favoriscano interventi che non escludano alcun soggetto dai percorsi individuati.

L'attività fisica è importante per i soggetti giovani, ma lo è ancor più per gli anziani, anche malati e fragili. Infatti la sedentarietà, conseguente a numerose patologie croniche o interventi chirurgici, è causa di ulteriori menomazioni che favoriscono perdite delle capacità

funzionali dovute alla malattia primitiva inducendo nuove disabilità fra le quali il ritiro progressivo dalla partecipazione sociale. Per contrastare questo progressivo decadimento funzionale, visto dai più come ineluttabile, e per favorire la nascita di nuovi stili di vita, stiamo sviluppando nel nostro Paese progettualità che proponiamo alle ASL, alle Amministrazioni, e allo stesso mondo della promozione sportiva.

Negli ultimi anni abbiamo organizzato convegni patrocinati da vari ministeri, dall'ISS e da assessorati di Regioni e Comuni ed abbiamo avviato in decine di città italiane una nuova esperienza integrata. Il nostro scopo è quello di realizzare, di concerto con il sanitario ed il sociale, politiche che favoriscano nuovi stili di vita per la *grandetà* incentrate su una proposta di movimento che non escluda nessuno.

## IL PROGETTO INTEGRATO

La nostra proposta può essere riassunta per sommi capi in:

- **Ginnastiche dolci:** il movimento "dolce" per la promozione e il mantenimento della salute per tutti, nessuno escluso, rappresenta il futuro della prevenzione nella salute individuale e nell'invecchiamento positivo della popolazione in quanto incide sullo stile di vita di ciascuno. Rilassamento, ginnastica posturale, ginnastica nei parchi, slowmove, giocagin, latingym, yoga, stretching, discipline orientali "dolci", protocollo sulle cadute, ballo da sala, ballo liscio, danze popolari, danze latino americane, bicicletta, bocce, trekking, fitwalking, frisby, sci di fondo, volano, fitness, giochi da tavolo, gite, settimane della rivitalizzazione, laboratori del corpo, feste (dal 1977 la UISP ha "fatto storia").
- **Acquaticità e ginnastica in acqua:** il movimento dolce in acqua (acquaticità) e la ginnastica (anca, ginocchio, riattivazione globale) rappresentano l'estensione delle ginnastiche dolci in ambiente non sottoposto alla forza di gravità. In assenza del peso (parziale o totale) i movimenti si liberano sperimentando la rotazione (venti anni di esperienze documentate sono più che una dimostrazione di utilità).
- **Attività Fisica Adattata (AFA):** attività fisica specifica "adattata" alle diminuite capacità funzionali conseguenti a condizioni croniche come l'artrosi del rachide, delle anche e delle ginocchia, gli esiti stabilizzati dell'ictus cerebrale e la malattia di Parkinson. Le ri-

## ESPERIENZE

cerche presentate al convegno "Attività motoria preventiva e adattata: modelli organizzativi sul territorio" promosso dall'Istituto Superiore di Sanità a Roma l'8 giugno 2006 sono state ampie ed esaurienti. Migliaia di persone anziane frequentano questi corsi nella nostra associazione in Italia.

- **Ginnastica a domicilio (GADI):** ha come obiettivo la riattivazione psicofisica, cioè il recupero anche parziale delle capacità di autonomia nelle attività quotidiane e l'incremento delle relazioni e attività sociali per coloro che, pur non essendo portatori di particolari patologie, "non si muovono più di casa", perché condizionati da protratta sedentarietà o periodi di allettamento, in situazione di solitudine o depressione (la ricerca UISP-Auser-Università La Sapienza, sostenuta dal Ministero del Welfare in sedici città nel 2004/2005, ha monitorato il reinserimento di 85 delle 115 persone segnalate dalle ASL e S.S).
- **Ginnastica al Domicilio Residenziale (GADR):** ha la funzione di consentire una sorta di riappropriazione e coscienza delle facoltà residue della persona ricoverata in Strutture Residenziali, anche per malattie più gravi come l'Alzheimer e il Parkinson, affinché mantenga il più a lungo possibile la propria capacità operativa e soprattutto la inserisca nel contesto/sfondo della quotidianità (la ricerca nel 2006 presso l'ASL2 RSA di via Spalato a Torino ne ha dimostrato l'utilità).
- **Gruppi di cammino:** in alcuni luoghi (spazi verdi, vie chiuse al traffico) organizziamo gruppi di anziani che, seguiti da accompagnatori, sperimentano il cammino (da dolce ad intenso). Questo progetto, promosso dal Ministero della Salute, è attuato dalla nostra associazione da svariati anni.
- **Gruppi contro l'obesità:** vengono organizzati corsi specifici per i soggetti particolarmente obesi, e si aprono le porte degli altri corsi che la UISP promuove ai soggetti meno gravi al fine di inserire nel loro stile di vita il movimento che, sostenuto da una dieta appropriata e dai consigli del medico, sortisce una sorta di nuovo equilibrio (progetto in atto a Torino in collaborazione con l'Istituto di Dietologia dell'Ospedale Molinette e con l'ASLTO1 nell'ambito del Progetto Obesità Piemonte).
- **Gruppi per diabetici:** abbiamo aperto i corsi di motricità UISP territoriali ai soggetti diabetici e istituito corsi specifici in accordo con le associazioni di riferimento, che servono ad indirizzare verso una attività stabile e costante nel tempo.

## IL PROGETTO, LE POLITICHE E LO STILE DI VITA

La forza di questo progetto sta nel tentativo di introdurre la dimensione corporea nell'immaginario e nella vita del cittadino anziano, per aiutarlo a recuperare e/o a mantenere, anche se fragile, le sue capacità psicomotorie e nel contempo contribuire alla individuazione di risposte di continuità fra il sanitario e il sociale per una integrazione reale.

Lo stile di vita non si "insegna", ma viene orientato dalle opportunità che le politiche educative, sociali e sanitarie mettono a disposizione del cittadino. Noi crediamo che la frammentazione delle proposte non vada dal fondo a favore della prevenzione e, soprattutto, che iniziative messe in campo da una sola entità (sia essa Asl, assessorato o singola associazione) non costruiscano il futuro della promozione della salute. La promozione della salute richiede programmi complessivi che raccolgano l'interesse e l'operatività di tutte le forze che ad essa concorrono. Le associazioni del cosiddetto tempo libero e sport, lungi dall'essere considerate le cenerentole di un processo, dovrebbero essere promosse a compartecipare a queste nuove politiche in quanto soddisferebbero la capillarità dei luoghi della pratica e dell'informazione, essenziale per la diffusione di nuovi stili di vita incentrati sulla pratica motoria, e aiutate ad incrementare i loro "saperi" sul corpo e ad aggiornare i loro tecnici, diventerebbero i primi attori del processo di prevenzione.

## LA FORMAZIONE

Le buone pratiche da noi proposte richiedono programmi di formazione, già in atto in molte città in collaborazione con associazioni di anziani (La Bottega del Possibile, Auser, ed altre), rivolti non ad un personale selezionato, ad esempio al solo laureato in Scienze Motorie, ma a tutti coloro che rientrano nell'ottica delle politiche rivolte alla promozione del movimento. Pensiamo dunque in primo luogo al laureato in Scienze Motorie, ma anche all'assistente sociale, all'assistente familiare ed anche a colui che ha seguito percorsi di formazione legati alla pratica non sportiva (tecniche di rilassamento, di ginnastiche dolci, di yoga e altre ispirate alle filosofie orientali, ad esempio). Costoro hanno sviluppato un'esperienza legata al corpo, seguendo cicli di studi mirati, e la loro esperienza sul campo arricchireb-

be di certo la proposta. Anche se questo nostro intervento individualizzato e per gruppi non ha niente da condividere con la fisioterapia e la rieducazione, comunque per l'Attività Fisica Adattata sarebbe utile il fisioterapista per due ragioni: la prima è legata alla somministrazione ed all'arricchimento della proposta in sé, dato che questa è scandita da un protocollo ben conosciuto dai fisioterapisti; la seconda, invece, riguarda la selezione delle persone alle quali il protocollo gioverebbe, che verrebbero indirizzate verso l'AFA in modo da diminuire il numero di coloro che, stabilizzati nell'esito della loro patologia, si rivolgono al servizio di fisioterapia senza trarne ulteriori benefici ed intasando così le liste di attesa. L'Attività Fisica Adattata non può avere successo se al suo potenziamento non partecipano tutti, proprio tutti, gli addetti ai lavori: i medici di medicina generale, i fisiatristi e i medici ortopedici che la indicano ai loro pazienti in alternativa a cicli di fisioterapia, e gli stessi fisioterapisti che, accettandone la bontà per molti dei casi da loro trattati, contribuirebbero a sviluppare un servizio migliore per coloro che, invece, necessitano di interventi mirati particolarmente utili a migliorare le loro condizioni di salute.

## **COSA SUCCEDDE OGGI IN ITALIA**

Ad oggi si sono sviluppate nel nostro Paese molte esperienze significative, sia al nord che al centro sud, grazie all'intervento di una importante Fondazione che ha stanziato una somma considerevole per il biennio 2008/2009; ogni realtà ha poi dato vita a una parte specifica del progetto, o per scelta degli amministratori e delle ASL, o per dichiarate difficoltà economiche. In una sola realtà locale, l'ASL di Vercelli, il progetto integrato di prevenzione e promozione della salute è stato promosso nella sua totalità con un importante impegno economico. Grazie ad un primario di fisioterapia preparato e coraggioso, e a un direttore generale lungimirante, da questo mese di gennaio 2009 si sta sviluppando il progetto complessivo in oltre 13 comuni, compreso il capoluogo Vercelli. Nell'arco di un anno si potranno analizzare numerosi parametri legati al numero degli iscritti, all'esito dell'intervento, all'incidenza sulla organizzazione degli stessi servizi territoriali, al risparmio per il sistema sanitario ed anche al gradimento delle proposte da parte dell'utenza.

Per quanto riguarda i costi, i promotori sanno che sono, in prospettiva, da limitare ai soli campi nei quali è

necessario un intervento individualizzato (GAD, GADR), benché servano a sostenere la fase iniziale di ogni corso organizzato. Dal secondo anno, però, tutte le proposte di gruppo (ginnastica dolce e piscina, AFA, gruppi di cammino, corsi per obesi e diabetici) diventano autosufficienti in quanto coperte dall'iscrizione del praticante che sottoscrive una quota di partecipazione.

## **IL CERTIFICATO MEDICO**

Un limite alla diffusione del movimento è di certo la certificazione medica obbligatoria, con il conseguente pagamento del ticket per l'attività sportiva, ancora presente nella maggioranza delle regioni italiane, che di fatto è un ostacolo alla diffusione della pratica motoria non solo per gli anziani.

Il problema deriva proprio dal termine "attività sportiva", agonistica o non agonistica, nel quale si è racchiusa ogni tipo di pratica e che può creare confusione nel momento in cui viene esteso, impropriamente, anche "all'attività motoria" per tutti... nessuno escluso.

Allo stato attuale una persona seguita con la Ginnastica a Domicilio dovrebbe presentare un certificato medico per poter svolgere esercizi utili ad essere recuperata alla vita di relazione, così come una persona che svolge attività dolci o mirate a stare meglio nel proprio corpo.

Crediamo che ogni attività, svolta singolarmente o in gruppo, per fini legati alla prevenzione, alla promozione della tutela della salute e del suo miglioramento, e al piacere dell'esercizio, praticata da ogni persona, e che ben si adatta ad ognuno nelle sue varie specificazioni, non necessiti di alcuna certificazione sanitaria in quanto volta a diffondere fra i cittadini nuovi stili di vita attivi e salutistici. Se, in attesa di un intervento governativo, tutte le altre regioni abolissero il certificato medico, come già hanno fatto la Toscana, l'Emilia Romagna, il Trentino e il Piemonte, ne trarrebbe beneficio la salute e la prevenzione del nostro Paese.

A tal fine è necessario sensibilizzare gli assessorati alla salute e alle politiche sociali e il Sistema Sanitario affinché concorrano alla promozione e al sostegno delle attività che mettano al centro il recupero della corporeità dei cittadini e dei soggetti a rischio. Ciò favorisce un tipo di "prevenzione" oggi, in Italia, approssimativa o assente, perché incentrata sull'aspetto assistenziale propriamente detto che trascura ogni intervento vol-

## ESPERIENZE

to a tentare di riattivare la persona che, per una molteplicità di ragioni, sta rinunciando al proprio corpo in azione. La limitazione del movimento spesso deriva "dall'invasione dell'aiuto": chiedendo non c'è più bisogno di muoversi per fare.

## CONCLUSIONI

In questi ultimi anni ci siamo misurati con tutti i problemi che si frappongono tra le intenzioni e la realizzazione del progetto integrato incentrato sulla promozione del movimento. Il più importante attualmente è la carenza di risorse che da tutti viene additata come limite obiettivo allo sviluppo di qualsiasi innovazione. Crediamo che un po' di coraggio permetterebbe, previa verifica della positività di alcuni finanziamenti "a pioggia" per quanto riguarda l'assistenza, di dirottare o di correggere alcune linee attuali legate più all'assuefazione che ad effettiva utilità degli interventi proposti. Se attualmente in molte regioni non è possibile chiedere di accompagnare un anziano, recuperato dalla ginnastica a domicilio, due giorni alla settimana ad un corso di ginnastica dolce in un circolo sportivo, perché "la delibera prevede l'accompagnamento dal medico, all'ospedale, alla posta e alla banca", e se la prevenzione pare più cartacea che

operativa (molti sono i volumetti di consigli su cosa fare per star meglio in salute, mentre aumentano sempre più gli affitti delle palestre dove le associazioni di anziani organizzano "la ginnastica") e se, purtroppo ancor oggi, si ritiene il corpo separato dalla mente, come nelle più desuete teorie dualistiche, ebbene si deve ammettere che ancora molta strada resta da percorrere per erodere lentamente, ma con determinazione, una cultura che, rifiutando il corpo o considerandolo solo in termini di prestazione, delibera di conseguenza dirottando, molto spesso, fondi verso iniziative che nessuno verifica. Mentre è facile insinuare che un circolo "sportivo" guadagna molto dalle iniziative che promuove (e ciò è confutabile in specie se promuove attività per anziani), è molto più diffusa l'idea che chi invece si occupa di anziani debba essere sempre sovvenzionato, e allora spazio alle gite, alle feste ed anche a tutti i tipi di assistenza basata sull'ascolto.

Crediamo di aver dato una piccola opportunità di riflessione a quanti pensano che la cultura del corpo nel nostro Paese sia carente, e che vogliono contribuire a svilupparla in modo coerente, affinché non si ritorni agli slogan che hanno caratterizzato i consigli sulla salute "Deve camminare almeno una mezzora al giorno e vedrà che starà meglio" ai quali ognuno in cuor suo rispondeva "Passeggiare con chi, dove e come?".

## Serenity invita il personale delle case di riposo a un incontro formativo dal titolo “igiene e cura della cute”: alta adesione e interesse

*Ottimi riscontri sia in termini di presenza che di qualità di formazione per l'evento organizzato per la prima volta da Serenity e tenutosi presso l'auditorium Artsana il 12 dicembre 2008*

Il 12 dicembre scorso si è tenuto, presso l'auditorium Artsana, l'incontro formativo dal titolo “Igiene e Cura della Cute” organizzato da Serenity e dedicato al personale delle Case di Riposo: responsabili, economi, capi sala, capi reparto e infermiere/i.

L'evento ha avuto ottimi riscontri sia in termini di presenza che di qualità di formazione: hanno infatti partecipato relatori professionisti di comprovata esperienza e conoscenza del settore.

L'incontro si proponeva di approfondire le problematiche correlate all'insorgenza di complicazioni cutanee che rischiano, se affrontate in modo scorretto, di richiedere interventi curativi anche molto complessi.

Le problematiche correlate ad un'igiene cutanea inappropriata rappresentano una voce importante nella casistica relativa alle istituzioni sanitarie: per questo Serenity ha deciso, per la prima volta, di organizzare un incontro formativo volto a dare strumenti idonei a chi lavora nelle Case di Riposo e si trova, ogni giorno, ad accudire degenti particolarmente sensibili.

Un trattamento corretto della cute permette, infatti, di mantenere la corretta fisiologia cutanea e aiuta a prevenire, proteggere e alleviare irritazioni e ulcere assicurando, quindi, la massima qualità di vita agli assistiti.

Per elaborare un protocollo d'igiene efficace occorre tener conto di molteplici aspetti strettamente correlati tra loro, per questo Serenity ha chiesto il supporto di un gruppo di lavoro così composto:

- **Prof.ssa Carla Scesa:** docente in Chimica dei prodotti cosmetici presso le Università di Roma, Urbino e Siena; Master in Scienza e Tecnologia cosmetica presso l'Università di Siena; consulente industriale, Direttore responsabile di testate internazionali;
- **I.P. Loredana Deltetto:** certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive nell'assistenza infermieristica, coordinatore del servizio infermieristico Artsana, attività di formazione del personale;
- **Dott. Andrea Zanardi:** responsabile R&D Divisione Cosmetica Artsana, Membro Comitato Direttivo Consorzio Misto Università-Imprese RTC, Membro Comitato Direttivo Gruppo Cosmetici in farmacia (Unipro).

L'intento è stato quello di privilegiare l'integrazione trasversale delle competenze e l'approccio *problem solving* sulle tematiche più critiche riguardanti l'igiene e la cura della cute.

Queste le tre aree di formazione trattate:

### CONOSCERE:

- Fisiologia della cute ed invecchiamento cutaneo
- Corretta igiene cutanea: la prevenzione come cura
- Detersione, idratazione e nutrimento  
A cura della Prof.ssa Carla Scesa

### PREVENIRE E CURARE:

- La prevenzione come cura
- Protocollo di Igiene Ideale
- Evidenze empiriche  
A cura della I.P. Loredana Deltetto

### INNOVARE:

- R&D Artsana
- Detersione, idratazione e nutrimento
- Serenity SKINCare: formulazioni nel rispetto delle pelli sensibili  
A cura del Dott. Andrea Zanardi

Considerando che il 44,1% dei disabili in Italia è in una situazione di confinamento individuale (allettato, sedia a rotelle) e che l'85% di essi vive in coppia e senza figli, ed è over 65, diventa chiaro quanto importante sia il tema che Serenity ha voluto trattare e perché questo incontro ha ottenuto consensi molto positivi.

### SERENITY

*Serenity è il marchio Artsana leader italiano nei prodotti monouso assorbitivi per l'incontinenza: la sua sede produttiva di Ortona è composta da un reparto produttivo all'avanguardia e da un centro R&D focalizzato sulla ricerca di prodotti che garantiscano prima di tutto il benessere del consumatore. Serenity, infatti, si pone come marchio di riferimento per tutte le persone che vivono quotidianamente l'incontinenza, a prescindere dall'età. La sua mission è prendersi cura di tutti coloro che affrontano queste problematiche offrendo loro risposte semplici, concrete e innovative, non solo attraverso una vasta gamma di prodotti specifici ma anche grazie a iniziative di studio e ricerca, a un dialogo costante con coloro che si occupano di questa realtà.*

*Grazie alla costante collaborazione tra Marketing di prodotto, Centro Studi Serenity, R&D e autorevoli Partnership esterne, Serenity è in grado di sviluppare prodotti sempre all'avanguardia, studiati appositamente per rispondere alle esigenze dei propri clienti.*

# I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

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

#### DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

#### COMITATO EDITORIALE

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



## ABBONATEVI

*Abbonamento annuo (4 numeri) € 10,00*

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00  
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00  
sulla mia Carta di Credito

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13): saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma .....

