

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno X - N. 4
Dicembre 2012
TRIMESTRALE

4/2012

Pastis Italiana S.p.A.
In caso di mancato receipt, rinviare a Pagine Gialle "Bianco", per la restituzione al mittente
prezioso: addebito pagamento rimb.




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

SOMMARIO

Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Direzione scientifica:

Antonio Guarta, Francesco Landi, Ermelina Zanetti

Comitato editoriale:Renzo Ragarolo, Stefano Bollelli, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini,
Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,
Gianbattista Guerni, Renzo Razzini,
Marco Trabucchi, Daniele Vitani**Direttore responsabile:**

Andrea Savati

Segreteria di redazione:

Antonella Onori - onori@gruppoic.it

Area pubblicità:Patrizia Arcangeli, responsabile
arcangeli@gruppoic.it**Area marketing & sviluppo:**Carlo Bianchini, bianchini@gruppoic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppoic.it
Antonietta Garzonia, garzonia@gruppoic.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@gruppoic.it
Site web: www.gruppoic.com

Trimestrale

Reg. Int. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
I.C.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFODI srl - Indì (Pn) (Pa)

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.H. 633/72 e D.M. 29/12/89.
Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un in-
dirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2012

Al sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 136 (Art. 13) in-
formiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i da-
ti 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 garantire la riservatezza.
I dati sono questi: interventi e non vengono mai ceduti
a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai pro-
pri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi con-
trattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in
qualiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la
conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la can-
cellazione, la trasmissionone, l'aggiornamento ed opporsi al
trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato
con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esper-
ienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immag-
ni pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione
del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità
dell'Editore.

Ogni possibile danno è stato compiuto nel soddisfare i diritti
di riproduzione. L'Editore è tuttavia responsabile per conside-
re eventuali richieste di avverti diritti.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta im-
pressione dei ritocchi dei termini eventualmente citati nel te-
sto, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli
schermi psicologici contenuti nelle schede tecniche approvate
dal Ministero della Salute.

© Copyright 2012



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE**Le professioni di cura per l'anziano:
un processo in evoluzione**

Marco Trabucchi, 4

ESPERIENZE**Il fisioterapista e il paziente anziano: prevenzione,
riabilitazione, educazione e continuità**

Paola Pillastrini, Matteo Paci, 6

Il medico Geriatra

Alberto Cester, 9

**I servizi tra ospedale e territorio: l'esperienza
delle Unità di Cura Sub Acute della Regione Lombardia**

Stefano Boffelli, Angela Cassinadi, Sara Tironi,

Fabrizio Mercurio, Renzo Razzini,

Marco Trabucchi per il gruppo UCSA-LOMBARDIA, 11

Infermieri: scenari (futuri) di cambiamento

Ermelina Zanetti, Nicoletta Nicoletti, 19

MATERIALI DI LAVORO**Il ricorso alle strutture sanitarie nella popolazione anziana.****Ruolo delle condizioni di salute, ruolo del contesto
territoriale**

Carla Facchini, 22

SPUNTI DI DIBATTITO**Fatiche e sofferenze nei luoghi di cura
per anziani affetti da patologie croniche**

Achille Orseriga, 27

Le professioni di cura per l'anziano: un processo in evoluzione

Marco Trabucchi

Università di Roma Tor Vergata, Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La formazione degli operatori per la cura e l'assistenza all'anziano è un aspetto particolarmente critico all'interno dei sistemi formativi in Italia. Negli ultimi anni abbiamo assistito a continui aggiustamenti, ma non si può affermare che si sia raggiunto un punto di equilibrio. Occuparsene è quindi un dovere per chi ha sensibilità nei riguardi di un sostanziale miglioramento; peraltro, la pressione del bisogno indotto dalle modificazioni demografiche ed epidemiologiche non concede ritardi o approssimazioni, in particolare nell'area in assoluto più delicata, cioè quella che coinvolge la persona anziana fragile.

Il punto iniziale di una possibile progettazione fondata sulle esigenze del paese, e non sulle dinamiche di potere delle forze in campo, consiste nel delineare i contenuti e gli obiettivi del processo formativo, in modo da costruire ambiti concreti dove gli stessi possano essere raggiunti. Fino ad oggi le università, e la facoltà di medicina in particolare, hanno svolto in maniera adeguata il compito loro affidato, seppure muovendosi in un quadro di riferimento non chiaro; i medici italiani sono stimati in tutto il mondo per le capacità cliniche e la loro cultura; d'altra parte il sistema sanitario, benché storicamente sottofinanziato, ha raggiunto standard qualitativi di altissimo livello. Oggi, però, per vari motivi si sono raggiunti elevati livelli di coscienza sull'esigenza di cambiare; ciò impone di ipotizzare nuove modalità organizzative alla domanda di formazione, assistenza e ricerca, tra loro integrate. Possibilmente in tempi rapidi!

Negli ultimi anni il progresso culturale e scientifico ha reso particolarmente delicata la funzione formativa del personale sanitario. Infatti il progresso delle tecnologie biomediche ha reso necessaria una formazione di base e continua molto specifica ed approfondita. Oggi il susseguirsi di innovazioni in questo campo espone all'esigenza di capirne il significato e di prendere decisioni adeguate circa la loro adozione in generale, e nel singolo paziente. Ciò avviene sia negli ospedali sia nei servizi ter-

ritoriali, dove sempre più spesso viene trasferita la funzione di cura. Peraltro gli operatori devono sempre ragionare in termini di complessità, perché l'evento patologico è collocato all'interno di un ambiente che non è mai neutrale e che esercita un'influenza continua sulla stessa struttura biologica e sulla clinica. Il professionista che assiste si trova quindi ad affrontare, nell'atto della cura, un fenotipo instabile, che deve essere conosciuto in modo approfondito nelle diverse determinanti (genoma, numero e gravità delle malattie, storia della persona, tipologia dei trattamenti, qualità della vita, ecc.) ed accompagnato nel tempo con interventi adeguati.

Lo scenario prima riassunto impone una formazione di alto livello, più difficile rispetto al passato, che vede la partecipazione di attori diversi. Il problema centrale è identificare le sedi e le modalità di una nuova organizzazione idonea a recepire i cambiamenti necessari, integrando i contributi delle diverse professioni.

Di seguito sono schematicamente riassunte alcune caratteristiche dei processi formativi, dalle quali si possono trarre indicazioni sulle più opportune modalità operative.

La complessità delle dinamiche di salute e malattia deve corrispondere, a livello organizzativo, ad una forte integrazione dei servizi per cui il giovane studente apprende come una situazione naturale che i servizi sanitari non sono separati schematicamente per reparti e ambiti. Il futuro ospedale di insegnamento dovrà quindi avere rapporti dinamici molto stretti con il territorio e, al suo interno, dovrà essere incentrato sul percorso del paziente. Quali indicazioni organizzative devono essere tratte da questo punto non è definibile a priori; è però certamente indispensabile il superamento delle attuali rigidità.

I contenuti complessi dell'insegnamento richiedono una forte preparazione tecnica da parte dei docenti, unita ad un'adeguata esperienza. Il mix può essere raggiunto solo se questi posseggono un notevole livello qualitativo, se cioè sono stati scelti in base alle capacità e non ad alleanze

più o meno di parte o ad appartenenze politiche, ed hanno subito un processo selettivo adeguato. Purtroppo la realtà è costellata di situazioni che non rispondono alle caratteristiche necessarie per impartire un insegnamento di discreto livello, indipendentemente dalla collocazione e dalla provenienza dei docenti. Questo aspetto è delicatissimo, sia perché possa avvenire un'adeguata trasmissione del sapere, sia per evitare che sorgano critiche sull'adeguatezza o meno delle diverse categorie rispetto alla funzione di insegnamento. Infine, non si può dimenticare l'aspetto della ricerca, strettamente legato da una parte con l'assistenza e dall'altra con la formazione. La ricerca seria, per essere realmente utile, deve allo stesso tempo riguardare tutte le professioni di aiuto all'anziano (anche se con diverse prospettive),

essere fonte di innovazione, e quindi in grado di produrre ricadute sulla qualità delle cure, ma anche rappresentare una scuola per gli operatori stessi, perché attraverso i progetti di ricerca questi si allenano all'osservazione della realtà, a coglierne gli aspetti più critici, ad individuare i percorsi che più facilmente possono presentare delle criticità.

Nei prossimi anni su questi temi si giocherà la struttura dell'insegnamento in ambito sanitario; la geriatria potrebbe avere un ruolo centrale perché possiede strutturalmente una cultura della complessità che significa multidimensionalità, sintesi tra medicina basata sull'evidenza e medicina narrativa, attenzione all'imprevedibile, valorizzazione dei piccoli guadagni, centralità dell'autonomia e della qualità della vita dell'anziano.

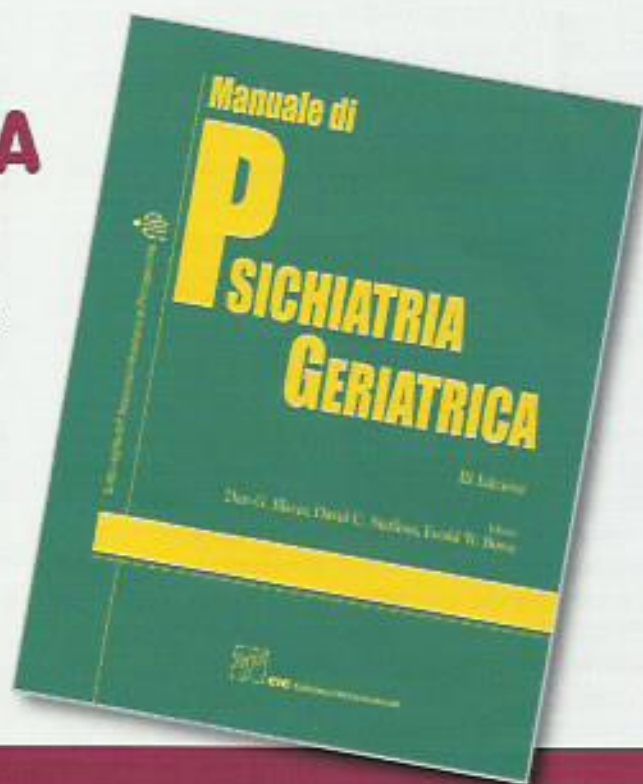
D.G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse (eds.)

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatria

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



CIC Edizioni Internazionali

Il fisioterapista e il paziente anziano: prevenzione, riabilitazione, educazione e continuità

Paolo Pillastrini*, Matteo Paci[†]

* Presidente della Società Italiana di Fisioterapia (S.I.F.), Università di Bologna

[†] Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Fisioterapia (S.I.F.), Azienda USL 4, Prato

Con il progressivo invecchiamento della popolazione la riabilitazione assume, in ambito sanitario, un ruolo sempre più importante.

La riabilitazione, intesa sia come intervento preventivo sia come terapia specifica in caso di conclamata disabilità, richiede interventi coordinati di operatori in grado di valutare, curare e, più in generale, prendersi cura del paziente geriatrico, termine che sta a indicare una condizione non tanto semplicemente anagrafica, quanto di oggettiva fragilità. Lo stato di salute della persona anziana è condizionato infatti da molteplici fattori quali la multimorbilità, generalmente rappresentata da patologie croniche, possibili limitazioni funzionali, disturbi psico-emozionali e problematiche sociali ed economiche.

La pluripatologia cronica in particolare è caratterizzata da elementi specifici: insorgenza graduale nel tempo, cause multiple e mutevoli nel tempo, diagnosi e prognosi spesso incerte, terapia causale spesso non disponibile, recupero del normale stato di salute spesso impossibile. È quindi necessaria una accurata gestione, che comprenda anche attività assistenziali e auto-cura (Baccini, 2011). La persona anziana con problemi di salute rappresenta un paziente complesso (Grossi, 2010), che richiede una valutazione e una gestione multiprofessionale, competenze specifiche qualificate, coinvolgimento del paziente e dei familiari e continuità delle cure in un sistema a rete (Baroni, 2011; Salvio e Foroni, 2008). Secondo il profilo professionale, istituito con D.M. 14.09.1994, n. 741, il fisioterapista [...] svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.

Le competenze del fisioterapista trovano quindi sempre maggiore spazio nei processi di assistenza alla persona anziana, dove sono necessarie non solo attività di prevenzione e riabilitazione, ma anche di educazione dei caregiver e di continuità dell'intervento.

Il fisioterapista, per sua peculiare formazione ed esperienza, si orienta alla valutazione della funzione e non solo sulla specifica patologia, e questo lo aiuta nella gestione del paziente anziano fragile, dato che le sue limitazioni funzionali sono più spesso conseguenti all'interazione di molteplici fattori che all'effetto di una singola patologia.

La combinazione della complessità dei problemi del paziente anziano e dei numerosi ambiti di competenza del fisioterapista fa emergere il ruolo fondamentale della cosiddetta fisioterapia geriatrica, i cui ambiti possono essere descritti con alcuni esempi per diversi livelli di intervento.

INTERVENTI DI PREVENZIONE

La prevenzione delle cadute può essere considerato il prototipo delle attività che coinvolgono il fisioterapista nella gestione della persona anziana, anche per le sue implicazioni di carattere socio-economico e per i dati che ne supportano l'efficacia. Ad esempio, l'esercizio di rinforzo contro resistenza non solo aumenta la forza muscolare e riduce il dolore osteoarticolare, ma induce un miglioramento delle prestazioni anche in attività semplici, come camminare, alzarsi da una sedia o salire le scale, e in attività più complesse, come fare il bagno o preparare un pasto (Breen e Phillips, 2011). Inoltre, insieme ad una attività fisica regolare focalizzata sulla forza e sulla fles-

ESPERIENZE

sibilità muscolare, un programma per il miglioramento dell'equilibrio e l'utilizzo di ausili per il cammino, insieme a suggerimenti per incrementare la sicurezza dell'ambiente, sembrano essere strategie efficaci di prevenzione delle cadute e di riduzione del rischio di frattura (SIGN, 2005; Brunner e Eshilian-Oates, 2003; Gillespie et al., 2009).

INTERVENTI DI RIABILITAZIONE

La riabilitazione della persona anziana malata, dalle caratteristiche specifiche di complessità precedentemente descritte, implica la capacità di unire competenze tecniche relative a diversi settori (neurologico, ortopedico, cardiologico, ecc.), sulle quali deve essere inserita una visione di insieme che tenga conto non solo della menomazione, ma anche delle altre patologie e menomazioni concomitanti, della situazione socio-economica e delle aspettative del paziente e della famiglia.

L'intervento del fisioterapista si rivolge anche a quei pazienti non affetti da una patologia che interessa direttamente la funzione motoria. Infatti, si è osservato che come gli anziani che vengono ricoverati in ospedali per acuti mostrino un declino nella forza muscolare, nella mobilità e in molte funzioni (Hirsch et al., 1990).

INTERVENTI DI EDUCAZIONE

Al fianco di altri professionisti, il fisioterapista è in grado di fornire informazioni sulle menomazioni, sulla loro progressione e sugli effetti attesi del proprio trattamento. Informazioni su un corretto posizionamento, sull'igiene posturale, su spostamenti e trasferimenti, su strategie per l'incremento dell'autonomia, consigli su eventuali modifiche ambientali al domicilio e sull'utilizzo di adeguati ausili per la mobilità sono solo alcuni esempi (Paci, 2011). L'intervento formativo e informativo è sempre basato su una valutazione che tenga conto delle caratteristiche specifiche del paziente, dei caregiver e degli ambienti.

In generale, le strategie che coinvolgono attivamente i pazienti e i caregiver migliorano gli effetti dell'intervento riabilitativo, anche se molte variabili ne influenzano l'efficacia (Brunner e Eshilian-Oates, 2003; SPREAD, 2007).

CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Necessariamente, l'assistenza al paziente anziano trova

la sua espressione più significativa nelle fasi successive al ricovero nell'ospedale per acuti. La continuità dell'assistenza dovrebbe prevedere strutture intermedie di ricovero, con lo scopo prioritario di un reinserimento nella vita familiare e sociale, quando possibile. Spesso si rende comunque necessario ricorrere a strutture di lungodegenza, dove "una metodologia operativa specifica, propria della cultura geriatrica, caratterizzata da un approccio funzionale, integrato e multidimensionale all'anziato fragile" può offrire gratificazione ed efficacia ad interventi apparentemente poco motivanti e ritenuti privi di obiettivi concreti (Brignani, 2011).

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

La multidimensionalità e la multidisciplinarietà sono elementi essenziali nell'approccio clinico-riabilitativo alla persona anziana. Per esempio, tale approccio sembra essere più efficace della sola fisioterapia nel migliorare l'outcome del paziente e nel ridurre il periodo e i costi di ospedalizzazione (de Morton et al., 2007). Inoltre, lavorare in team multiprofessionali con una leadership condivisa e autorevole contribuisce a ridurre il burnout degli operatori (Van Bogaert et al., 2012).

FISIOTERAPIA E GERIATRIA

La forte attenzione che il mondo della fisioterapia pone nei confronti del paziente anziano ha prodotto una serie di iniziative a livello internazionale. Da 35 anni la sezione di Geriatria dell'American Physical Therapy Association pubblica la rivista scientifica "Journal of Geriatric Physical Therapy", indicizzata nelle più importanti banche dati e prossima a ricevere l'impact factor. Una seconda rivista statunitense con specifico interesse per la fisioterapia in ambito geriatrico è "Physical & Occupational Therapy in Geriatrics".

Nell'ambito della World Confederation for Physical Therapy (WCPT), nel 2002, è stata creata l'International Association of Physical Therapists working with Older People (IPTOP), che riunisce numerosi gruppi nazionali e ha lo scopo di facilitare la cooperazione fra i fisioterapisti e le associazioni nazionali, sviluppare la ricerca e l'attività clinica in ambito geriatrico.

La Società Italiana di Fisioterapia (S.I.F.) ha dedicato nel 2011 alla fisioterapia in geriatria il suo primo congresso dal titolo: "La Fisioterapia nella Prevenzione e nel Trattamento

delle Disfunzioni nell'Anziano". Oltre alle letture di prestigiosi relatori internazionali, il congresso ha visto numerosi e qualificati contributi presentati dai partecipanti sotto forma di poster e comunicazioni orali, indice di interesse e competenza dei fisioterapisti italiani nell'ambito geriatrico. Il congresso della SIF è stato preceduto dal 16° Congresso Internazionale della WCPT, ricco anche esso di contributi di alto livello sulla fisioterapia nel paziente anziano (Gatti, 2011).

BIBLIOGRAFIA

Bacini M. Care and rehabilitation of the medically complex patient. Proceedings of the 1st SIF Congress, Pausungo del Garda (VR), October 6-7, 2011.

Baroni A. Modelli di organizzazione dei servizi geriatrici. In: Bacini M, Bernabei R, Marchionni N, Pao M. Riabilitare la persona anziana. Elsevier, 2011.

Bignardi A. Lavorare in strutture per lungodegenza. In: Bacini M, Bernabei R, Marchionni N, Pao M. Riabilitare la persona anziana. Elsevier, 2011.

Breen J, Philips SM. Skeletal muscle protein metabolism in the elderly: interventions to counteract the 'anabolic resistance' of ageing. *Nutrition & Metabolism* 2011;8:60.

Brunner LC, Lshian-Dates L. Hip fractures in Adults. *Am Fam Physician* 2003;67:537-47.

de Morton NA, Keating JL, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1):CD005955.

Gatti R. Prevention and treatment of functional decline in older adults: the SIF guessed the theme of its 1st International Congress. *It J Physiother* 2011;1:39-40.

Gillespie JJ, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe JB. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Apr 15;(2):CD0000340.

Grossi E. Artificial Adaptive Systems and predictive medicine: a revolutionary paradigm shift. *Immun Ageing* 2010;7(suppl 1):S3.

Hirsch CI, Sommers I, Olsen A, Mullen I, Winograd CH. The natural history of functional mortality in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(1):296-307.

Pao M. Caregiver. In: Bacini M, Bernabei R, Marchionni N, Pao M. Riabilitare la persona anziana. Elsevier, 2011.

Salardi G, Foroni M. La Medicina della Complessità, la Medicina Interna e la Geriatria. *G Gerontol* 2008;56:1-10.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of hip fracture in older people. SIGN Publication 2002;56. Update 2005.

SIREAD - Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. *Interventore*. Linee guida italiane, 2007.

Van Bogaert P, Clarke S, Wouters K, Franck E, Willem H, Mondelaers M. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jun 11. [Epub ahead of print].

Jacques Wallach

Interpretazione dei TEST DIAGNOSTICI

VIII edizione

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



CIC Edizioni Internazionali

Il medico Geriatra

Alberto Cester

Azienda ULSS 13, Regione Veneto

Inanzitutto, chi è il Geriatra? Semplicemente il medico migliore, come un po' tutti noi ci pavoneggiamo d'essere perché siamo orgogliosi della nostra scienza e del nostro sapere, perché trattiamo un malato difficile perché è il più fragile e perché così ci ha insegnato anche William Hazzard, uno dei padri della geriatria moderna, nel suo trattato... o forse perché, come sancisce in maniera forse ancor più sagace Leslie Libow in un importante editoriale: "molti medici vedono la geriatria come un attacco alla loro identità professionale". I geriatra sono, tra gli specialisti, quelli con un più elevato grado di soddisfazione per il proprio lavoro". Perché la geriatria è "la fortuna dei baby boomers"... (Libow, 2005) E quindi noi siamo o dovremmo essere i medici che fanno la fortuna del nostro tempo?

Oltre alla banale descrizione delle altissime competenze cliniche che deve necessariamente avere un Geriatra per essere un professionista di successo, però, quali sono le intrinseche e necessarie virtù per essere un bravo Geriatra?

Bisogna essere uomini prima che professionisti, bisogna ancora emozionarsi di un successo, della ripresa inaspettata di un nostro paziente, non avere tratti di cinismo esistenziale che connotino un ageismo terminale (è vecchio e quindi deve morire), tanto comodo quanto inappropriato per un geriatra. Bisogna saper combattere tutti i giorni per i piccoli guadagni dei pazienti, per le stabilizzazioni senza guarigioni, per le sconfitte che segnano, ma insegnano, per le difficoltà di relazione e comprensione e non solo dei malati, ma dei familiari, dei servizi sociali, dell'assistenza a domicilio; dei rientri ospedalieri inappropriati, molto più facili di un intervento domiciliare di controllo competente, finalizzato e coerente.

Bisogna saper combattere ed affrontare le prevaricazioni delle altre specialità che confondono il diritto alla cura con la cronologia dell'esistere, dialogare con anestesisti attenti, con chirurghi che intravedono più le complicanze che i successi, con il sistema delle cure che rifiuta l'esistenza della unicità, accezione terminologicamente collegata e collegabile spesso all'instabilità clinica; molti parlano di ma-

lari stabilizzati, ma la vecchiaia e la multi morbidità non si stabilizzano, la vecchiaia è variazione, spesso collegata a perdite e peggioramenti più che a stabilizzazioni.

Il Geriatra moderno non ha nulla a che fare con il famoso e seguitissimo dr. Gregory House cinico, mai al capezzale del suo malato, misantropo, arrogante, irridente con i collaboratori, insofferente e scostante, financo indisponente, ma colto, ultra competente, e dalla diagnosi infallibile. Ma House è la fortuna degli ascolti della produzione che si rivolge ad una platea insulsa e guardona che ama vedere il peggio degli uomini, delle cose e, ahimè, anche dei medici.

Noi dovremmo essere "Housiani" solo nelle competenze e nel recupero del processo induttivo della diagnosi, dovremmo saper spaziare dalla semeiologia alla competenza valutativo-morfologica di alcune immagini, alla valutazione delle sfumature dei sintomi, perché il malato anziano è spesso paucisintomatico, al riconoscimento della cascata degli eventi per ricostruire le comorbidità dalle singole patologie; soppesare l'uso dei farmaci e conoscerne sapientemente effetti collaterali e interazioni. Dovremmo avere manualità, saper toccare, esplorare, eseguire la gran parte delle manovre terapeutiche, anche cruenti, dovremmo saper posizionare cateteri vescicali, sonde, cateteri venosi periferici e centrali.

Dovremmo sapere di attività e cure nel territorio, di servizi sociali, conoscere e applicare gli strumenti della Valutazione Multi Dimensionale, conoscere le procedure per la nomina dell'amministratore di sostegno, per l'abilitazione e interdizione, per l'uso coerente della contenzione, avere dimestichezza di dialogo, collaborazione e interazione (interprofessionalità) con tutti gli attori della rete d'assistenza per l'anziano, conoscere i presupposti per una corretta certificazione.

Dovremmo avere dimestichezza con il lavoro di gruppo, saper partecipare al team di cura senza volontà di sudditanza di altre figure, ma essendo consapevoli e coscienti di poter mettere a disposizione del gruppo le nostre competenze, senza il complesso del primo della classe.

Chi e quali istituzioni oggi sono in grado di poter formare un medico che abbia queste competenze, l'umanità necessaria, la conoscenza bio-etica, quali training formativi durante la specializzazione dovrà portarsi a termine il Geriatra per servire alla rete delle cure, oltre che all'ospedale, per una moderna geriatria?

Con questo quesito, certamente già in parte risolto da molte realtà operative di geriatria, ma migliorabile nella formazione di base e nella necessità di "manutenzione" intellettuale della categoria, dobbiamo e dovremo confrontarci da adesso in poi per far stare la nostra categoria al passo della domanda di sapere espressa dai bisogni dei nostri malati anziani, e specie dai più fragili. Dobbiamo ripartire dalle scuole di specializzazione in Geriatria che dovranno sforzarsi di condividere un progetto

formativo, simile in tutto il territorio nazionale, come esito di processo e di sapere, quanto più ampio ed esauritivo possibile legato alle necessità di una geriatria moderna: solo così i geriatri serviranno al sistema e verranno riconosciuti come veri specialisti, diversi sì, ma competenti e straordinariamente utili al sistema delle cure per l'anziano!

BIBLIOGRAFIA

Libow LS. Geriatrics in the United States - baby boomers' boon? *N Engl J Med* 2005;352(8):750-2.

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

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

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



CIC Edizioni Internazionali

I servizi tra ospedale e territorio: l'esperienza delle Unità di Cura Sub acute della Regione Lombardia

*Stefano Boffelli, Angela Cassinadri, Sara Tironi, Fabrizio Mercurio, Renzo Rozzini,
Marco Trabucchi per il gruppo UCSA-LOMBARDIA*

INTRODUZIONE

Nei Paesi Occidentali la degenza media dei ricoveri ospedalieri si è ridotta in modo significativo negli ultimi 30 anni: negli USA è scesa dai 7,6 giorni del 1981 ai 5,6 del 2006 (Avalere Health analysis of American Hospital Association Annual Survey data for community hospitals, 2006). Una serie di fattori ha contribuito a tale risultato: una più rapida organizzazione per la diagnostica, la pubblicazione e la diffusione delle linee guida terapeutiche, la riorganizzazione territoriale per la dimissione protetta al domicilio. Di fatto, nonostante tali miglioramenti, il numero delle persone che vengono ricoverate ogni anno tende a crescere in modo progressivo: sia per la non completa efficienza e diffusione dei fenomeni descritti precedentemente, sia per l'aumento progressivo delle persone anziane con malattie croniche, caratterizzate da instabilità clinica e frequenti ricattolizzazioni (Clarfield et al., 2001). La maggior parte delle persone che vengono ospedalizzate, rispetto al passato, è rappresentata infatti da anziani affetti da multimorbilità e disabilità (Trabucchi, 2011). Di conseguenza, molte persone anziane sperimentano il fenomeno delle "revolving doors", cioè il continuo passaggio tra ospedale e domicilio, secondario sia alla tendenza dell'ospedale per acuti a dimettere precocemente il malato quanto all'instabilità clinica della persona ed alla ridotta assistenza sul territorio (Mor et al., 2010). Diventa pertanto fondamentale, di fronte ad una sempre crescente domanda di ricoveri e di re-ricoveri, garantire una continuità di cura attraverso aree di post-acuzie ai malati anziani fragili, che sono a rischio di frequenti riospedalizzazioni e/o di mal pratiche domiciliari (Rozzini, 2011).

Tuttavia, la scelta della struttura ove proseguire le cure non è sempre agevole, dipendendo da fattori regionali (organizzazione delle strutture di post-acuzie e riabilitazione) e da fattori contingenti (numero di posti letto, rapidità di dimissione delle strutture di post-acuzie): nella Regione Lazio, ad esempio, la media di degenza delle aree post-acute si è ridotta significativamente negli anni 2006-2010 in conseguenza ad una modifica retributiva per le strutture con più elevata media di degenza (Giarizzo, 2012). Quello che viene chiesto alle strutture di post-acuzie è di stabilizzare il paziente in prospettiva di un ritorno al domicilio in base alle differenti necessità di intervento riabilitativo motorio, intensità clinica, assistenza al malato (Kane, 2011). In sintesi, la scelta della struttura di post-acuzie richiede una conoscenza delle caratteristiche del malato e della sua prognosi, per indirizzarlo - quando necessario - alla giusta area di post-acuzie (Quaderni del Ministero della Salute, 2010).

LA POST-ACUZIE IN ITALIA

In Italia, la situazione delle post-acuzie è ben descritta nel Quaderno del Ministero della Salute del 2010 (Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, 2010), ove si sottolinea la necessità di definire come e dove gestire la fase postacuta della malattia: in primo luogo, la funzione dell'ospedale per acuti, che deve evitare sia le dimissioni "precoci" sia di protrarre la degenza a fronte di tempi di recupero anatomico-funzionali sempre più lunghi, soprattutto nella persona anziana fragile. Inoltre, va definita la post-Acuzie setting assistenziale capace di fornire un regime appropriato a pazienti affetti soprattutto da malattie croniche, ben

definiti sul piano diagnostico ma con problemi clinici ancora attivi, che richiedono una sorveglianza medica ed un livello di cure infermieristico-assistenziali non erogabili in regimi extra-ospedalieri. (Quaderni del Ministero della Salute, 2010).

Che ruolo svolge la post-acuzie? L'obiettivo è quello di dare una risposta ai multiformi bisogni della persona anziana. In primo luogo, garantire la continuità alle cure mediche iniziate in ospedale per la guarigione o la stabilizzazione clinica. Inoltre, effettuare una rivalutazione delle patologie croniche (e della loro cura farmacologica), con l'eventuale esecuzione di accertamenti di controllo. Un altro punto riguarda la gestione degli eventi intercorrenti (riacutizzazione della malattia di base, infezioni, stato confusionale) che possono accadere durante la degenza, soprattutto alle persone anziane più fragili. Lo stato funzionale rappresenta un altro passaggio: il recupero delle abilità precedenti l'evento acuto è un importante obiettivo nella previsione del ritorno a casa. Procedure semplici di mobilitazione, assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, deambulazione assistita anche con la disponibilità di ausili per il cammino, sono molto utili quanto efficaci. Infine, la post-acuzie esercita l'importante funzione di "ponte" tra l'ospedale ed il domicilio: è suo compito favorire l'organizzazione e la coordinazione delle cure domiciliari (assistenziali ed infermieristiche) perché malato e familiari non si trovino disorientati alla dimissione, ma "protetti" da una rete di continuità. Nel continuum delle cure, la post-acuzie cerca di garantire il dialogo ed il collegamento fra ospedale e territorio, affinché la persona anziana possa beneficiare nei tempi corretti delle cure adeguate, e ritornare alla propria casa (Trabucchi, 2010a).

Certamente, vanno sottolineati alcuni aspetti: il primo riguarda l'ambito nel quale si colloca l'assistenza. Si tratta di un'area di confine tra l'organizzazione sanitaria e quella sociale. Infatti, se da una parte è certo che i fruitori del servizio sono primariamente anziani fragili in attesa di una stabilizzazione delle condizioni cliniche, e quindi bisognosi di adeguati interventi terapeutici, è altrettanto certo che il ritorno in famiglia in un ambiente protetto e curativo è essenziale per il ritorno alla normalità. Quindi, vanno stabiliti interventi sanitari e sociali contemporaneamente. In particolare, in Italia in questi anni il sistema sanitario nel suo complesso si è adeguatamente sviluppato, mentre il sistema sociale è spesso rimasto limitato nella sua crescita culturale ed organizzativa (Trabucchi, 2011).

Un secondo aspetto riguarda la definizione del bisogno

clinico nella post-acuzie. La stadiazione delle malattie, la diagnosi della patologia acuta (o cronica riacutizzata), la programmazione terapeutica basata sulla prognosi competono certamente all'ospedale: per acuti, e devono essere compiuti prima della dimissione dall'ospedale, riducendo così le necessità di diagnostica strumentale. Il periodo di permanenza in post acuzie dovrebbe essere pertanto dedicato alla prosecuzione delle terapie che la brevità della degenza ospedaliera non ha permesso di portare a termine, oltre ad un recupero globale cognitivo-psicologico-funzionale (Rozzini, 2011). Inoltre, è necessario formalizzare gli interventi riabilitativi con l'obiettivo di riguadagnare il massimo di autonomia e quindi la realistica possibilità di un ritorno a domicilio. La riabilitazione deve essere intesa in senso estensivo, cioè riguardare gli aspetti funzionali motori e quelli psicologici, direttamente collegati alla possibilità di vita autonoma nella propria casa. Ovviamente l'intensità dell'intervento riabilitativo deve essere individualizzata sulle condizioni della singola persona; è però una componente essenziale dell'intervento post acuto, perché spesso i pazienti hanno subito una riduzione della funzione nel corso del ricovero ospedaliero, anche se non sono affetti da una vera e propria sindrome da immobilizzazione (Bellelli, 2011).

LA REGIONE LOMBARDIA E LE UCSA

La delibera della Regione Lombardia del 30 marzo 2011 ha identificato le Unità di Cure Sub-Acute (UCSA) come aree a minore intensità diagnostica rispetto all'acuzie, nelle quali proseguire il trattamento e le cure globali dopo un ricovero in area medica o chirurgica. Nelle indicazioni regionali sono esplicitati i criteri di accesso dei malati alle UCSA, che tendono a favorire il passaggio in post-acuzie di malati stabilizzati, in attesa di guarigione o di ripristino dello stato premorboso (clinico-cognitivo-funzionale) (Regione Lombardia, 2011). Tali indicazioni tendono a favorire il ricovero in UCSA di malati che hanno iniziato a superare la fase acuta, ma che necessitano ancora di cure mediche ed infermieristiche difficilmente gestibili al domicilio: la UCSA si rivolge a pazienti, prevalentemente anziani, con patologia acuta o riacutizzazione di patologia cronica, caratterizzati da possibile decadimento cognitivo (da lieve a moderato) e con disabilità da moderata a severa. È quindi un trattamento finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione

ESPERIENZE

di continuità dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche. Per questi pazienti, la UCSA garantisce la prosecuzione delle cure, la rivalutazione clinica del malato, il monitoraggio e la presenza infermieristico-assistenziale. La necessità del ricovero non è legata ad un aspetto custodialistico sociale, quanto alla necessità di garantire una prosecuzione delle cure a malati potenzialmente ancora instabili, sia per il recente evento acuto sia per la fragilità legata alle patologie croniche. Per riassumere, i malati che afferiscono alla UCSA secondo il Progetto – costruito in base ai reali bisogni dell'ospedale per acuti – sono:

- persone affette da complessità clinica e comorbilità di malattie somatiche;
- con stato funzionale sia premorboso sia attuale compromesso;
- con recente evento somatico/chirurgico acuto o ri-acutizzazione di malattia cronica;
- procedure intermedie raggiunte (diagnosi, terapia) ma possibile instabilità clinica (il reale malato post-acuto);
- necessità di prosecuzione delle cure o di follow up (esami ematici e strumentali di controllo, o procedure di secondo livello).

Altro obiettivo è quello relativo al contatto con la rete dei servizi post-ospedaliera, per garantire – quando necessario – il ritorno a casa per il malato ed i familiari in situazione protetta. Pertanto, la UCSA si pone l'obiettivo di ridurre le ri-ospedalizzazioni nel tempo tramite una maggiore presenza della assistenza medico-infermieristica-ausiliaria al domicilio, oltre a stabilizzare il malato dopo il recente evento acuto.

QUALI PROCEDURE VENGONO EFFETTUATE IN UNA UCSA

Di fatto, l'approccio della valutazione multidimensionale si adatta alla normativa regionale: le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti. Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale. Esse vengono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un pia-

no di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi (Ferrucci et al., 2001). Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio. Si tratta, pertanto, di garantire una valutazione multidimensionale ed un intervento multidisciplinare al malato post-acuto anziano; in sostanza, alla base della selezione e dell'intervento si situa l'assessment geriatrico che si compone di diversi e complementari fattori (raccolti sia in modo sia informale che formale attraverso strumenti validati nella popolazione anziana).

Valutazione premorbosa:

- stato cognitivo (anamnesi, valutazione delle funzioni cognitive: linguaggio, prassia, orientamento temporo-spaziale, critica e giudizio, funzioni visuospatiali, funzioni esecutive);
- stato funzionale (attività strumentali e di base della vita quotidiana, disturbo del cammino);
- stato psichico (sintomi depressivi, sintomi d'ansia di stato o di tratto, terapia);
- stato somatico (numero di patologie, loro gravità, eventi recenti, riacutizzazioni);
- stato nutrizionale (modificazioni del peso corporeo, alimentazione);
- anamnesi farmacologica.

Valutazione dell'evento acuto:

- condizioni e cause del ricovero in ospedale per acuti, fenomeni collegati all'evento somatico acuto sia personali (stato confusionale acuto, cadute) sia ambientali (allettamento, lesioni da decubito, disidratazione, posizionamento di catetere vescicale);
- impatto dell'evento acuto su: stato cognitivo, funzionale, psichico e somatico, nutrizionale.

Valutazione prognostica:

- in base allo stato globale premorboso ed all'impatto della malattia acuta, generalmente la persona anziana sperimenta un aggravamento delle funzioni cognitive, dello stato funzionale e della gravità clinica. La possibilità di recupero clinico e funzionale allo stato premorboso viene valutata in base all'anamnesi ed alla gravità della condizione attuale. Vanno considerati: gli effetti negativi dell'allettamento (tempo di allettamento e complicanze); l'effetto confondente dello stato confusionale acuto sulla valutazione cognitiva e funzionale (che determina spesso una appa-

rente condizione di maggiore gravità rispetto alla situazione oggettiva).

La comprensione delle condizioni generali è perciò complessa e richiede un geriatra esperto nell'assessment. La semplice valutazione funzionale tramite la scheda regionale (Indice di Intensità assistenziale - IIA, sostanzialmente derivata del Barthel Index) non permette di discriminare i reali problemi della persona malata, la sua complessità e la necessità di intervento clinico ed assistenziale. La scheda IIA riferisce dello stato funzionale (e di due bisogni infermieristici) al momento in cui viene eseguita la valutazione: stato suscettibile di modificazioni (sia migliorative sia peggiorative) in base all'evoluzione clinica del malato.

Di fatto, la scheda regionale serve per escludere solo i malati troppo "leggeri" o troppo "gravi" ma in una situazione costante, perdurante nel tempo. Perciò, non ha significato se applicata in modo arbitrario ed isolato dalla valutazione generale. Quindi, l'indicazione al ricovero e la determinazione dell'intervento e della prognosi si basano sulla valutazione clinica globale del malato. Questo aspetto, vale a dire: l'integrazione delle conoscenze, è centrale: sottolinea la necessità che tutta l'equipe di cura prenda parte, in modo armonico, per le specifiche competenze; al piano di cura, le condivide valorizzando quanto gli compete e lo metta a disposizione: l'assistenza, l'atteggiamento riabilitativo ed il successo clinico ne conseguono.

GLI INTERVENTI

La terapia medica del recente evento acuto (o cronico riacutizzato) rappresenta il primo gradino della cura, parimenti alla rivalutazione delle patologie somatiche concomitanti e della loro terapia farmacologica. Fondamentale anche l'aspetto cognitivo, in particolare la cura dello stato confusionale acuto tramite interventi farmacologici e non farmacologici. Nello specifico, viene data importanza al ruolo del personale infermieristico assistenziale nel monitorare i pazienti, e nel rilevare precocemente le modificazioni fisiologiche o psichiche del delirium al fine di intervenire precocemente.

Infine, la riattivazione funzionale: il progetto non prevede per ora la figura del fisioterapista di reparto, per cui l'aspetto di riattivazione funzionale è legato alla attività del personale (mobilitazione in sedia, passaggi posturali, cammino assistito nei passaggi letto-polltronabagno-comidolo) che acquisisce la coscienza del proprio

lavoro non solo come assistenziale ma anche come riabilitativo, all'interno di un progetto di recupero funzionale. Tuttavia, quando il malato necessita di un trattamento fisioterapistico specifico, è possibile attivare il trattamento attraverso il servizio di riabilitazione.

Per realizzare questi obiettivi il passaggio delle informazioni è fondamentale: briefing del mattino (medici e coordinatore infermieristico), riunione settimanale di equipe per rivalutare i pazienti più problematici, incontro settimanale con le assistenti sanitarie per il post-ospedale. Il reparto deve essere sempre aperto a parenti ed amici, badanti e volontari: tutte persone che, se ben guidate, rappresentano una risorsa umana "riabilitativa".

L'ESPERIENZA DEI PRIMI MESI DI ATTIVITÀ DI UN REPARTO DI CURE SUB ACUTE

Vengono di seguito presentati i risultati dei primi sei mesi di attività della UCSA della Fondazione Poliambulanza di Brescia: il reparto, composto di 20 letti tecnici, è operativo dalla fine del mese di novembre 2011. Dei 75 pazienti ricoverati nel primo semestre di attività, quelli affetti da una patologia medica provengono prevalentemente da reparti di geriatria e medicina (oltre il 50%), mentre quelli di pertinenza chirurgica sono soprattutto inviati da reparti di ortopedia. Per quanto riguarda questi ultimi, si tratta di malati che non hanno immediatamente la concessione del carico dopo l'intervento e che, per complicanze somatiche, non possono essere subito destinati ad un reparto riabilitativo, necessitando di una specifica competenza geriatrica per la stabilizzazione. Una percentuale minore riguarda infine pazienti provenienti dalle riabilitazioni dell'ospedale, sempre per necessità - intercorrenti - di stabilizzazione clinica.

Si tratta di malati molto anziani, prevalentemente di sesso femminile: la metà vivevano soli prima dell'evento acuto, i rimanenti al domicilio assistiti da un familiare (coniuge/figli) o da una badante (10%). I malati sono caratterizzati da decadimento cognitivo lieve-moderato, dipendenza funzionale all'ingresso rispetto allo stato pre-morboso, fragilità biologica. La maggior parte (90%) presenta una necessità clinico assistenziale di grado moderato (Indice di Intensità Assistenziale 3).

Condizioni frequenti, che complicano il recupero durante la degenza, sono lo stato confusionale acuto ed i sintomi depressivi: entrambi si modificano in modo significativo alla dimissione. Altro fenomeno che caratterizza i ma-

ESPERIENZE

lati è l'instabilità clinica: circa la metà delle persone sviluppa un evento somatico acuto intercorrente, il che spiega la necessità di ricorso ad ulteriori esami biologici e strumentali (in media 4 per paziente), e la maggiore durata delle degenze. La durata media della degenza è di 19 giorni. Alla dimissione, il 52% dei malati ritorna al domicilio (49% con assistenza del servizio domiciliare o della badante), il 7% viene trasferito in riabilitazione, mentre il 33% ritorna in un reparto per acuti (per complicazioni non gestibili in UCSA, oppure per reinterventi già programmati).

In sintesi, la UCSA ha una sua funzione specifica se, a servizio dei reparti per acuti, agisce nei confronti dei malati che hanno subito un aggravamento globale della salute in conseguenza dell'evento acuto che ha determinato il ricovero. La UCSA agisce come reparto di stabilizzazione e/o guarigione, ed è utile per favorire la dimissione protetta al domicilio. La valutazione multidimensionale permette di rilevare i problemi attivi, e di indirizzare un piano di cura globale che comprende l'aspetto clinico quanto quello cognitivo e funzionale. L'instabilità clinica, evidenziata dagli eventi acuti intercorrenti, rappresenta il primo predittore di allungamento della degenza, come già dimostrato per altri setting di post-acuzie a carattere riabilitativo (Guerini et al., 2010). L'attenzione alla dimissione protetta, attivata già in prima giornata di ricovero con l'assistente sanitaria dell'ospedale, permette di programmare il ritorno al domicilio in tempi brevi, appena raggiunta la stabilizzazione clinica. Alcuni aspetti peculiari, sviluppati già nei primi mesi di attività, riguardano il ruolo di "stabilizzazione" fra due ricoveri ospedalieri (ad esempio, convalescenza da un evento acuto in attesa di un intervento chirurgico), la relazione con i reparti ortopedici, la relazione con i reparti riabilitativi (Trabucchi, 2010b).

I PROBLEMI APERTI: COME MIGLIORARE IL LAVORO IN POST-ACUZIE

Nella realtà, dai primi mesi di lavoro delle UCSA emergono una serie di problematiche cliniche ed organizzative che si possono così riassumere: difficoltà di selezione dei malati, presenza di persone ad elevata instabilità clinica ed assistenziale, difficili scelte di outcome. Il lavoro delle UCSA, descritto "a priori" come a basso profilo clinico e puramente ad elevato impegno infermieristico-assistenziale, si scontra nei fatti con la

realtà della complessità dei malati, identificandosi come una scelta di lavoro medico di forte intensità e che richiede una elevata qualificazione professionale; per la difficoltà di selezione, guarigione, identificazione degli obiettivi di cura e della prognosi, creazione dei processi di cura. Difatti, il sistema UCSA funziona solo se viene svolto da una équipe in cui collaborano più figure professionali (medico, infermiere, personale assistenziale, fisioterapisti) per rispondere meglio alle necessità dei malati. Restano da chiarire alcune problematiche, per dare contenuto teorico e pratico ad un'area di post-acuzie che finora è esistita solo sulla carta, ma che si avvia a diventare un punto fondamentale nel rapporto tra acuzie e territorio, come già avviene in altri Paesi Europei (Intermediate Care).

1- Quali criteri di scelta dei malati da ricoverare?

In primis valgono i criteri clinici, cioè la necessità di stabilizzazione da un evento acuto o cronico riacutizzato. Secondariamente, i criteri funzionali (potenzialità di recupero allo stato funzionale premorboso, versus la disabilità secondaria all'evento acuto) e cognitivo/psichici (cura del decadimento cognitivo, delirium, disturbi comportamentali insorti o aggravatisi in conseguenza dell'evento acuto). La scelta della continuità di cura nasce dalla necessità di stabilizzare il malato, con l'obiettivo di creare un beneficio che sia clinico, psichico, cognitivo e funzionale. Non è necessario che tutti questi obiettivi siano realizzati contemporaneamente nello stesso paziente. Ogni caso è differente dagli altri, ma almeno uno di questi criteri va rispettato.

2- Quali malati escludere?

I malati che guariscono, o che recuperano lo stato cognitivo, clinico e funzionale premorboso già durante l'ospedalizzazione, non devono essere indirizzati alle UCSA, quanto al proprio domicilio anche con l'eventuale assistenza infermieristico-assistenziale territoriale. Si tratta di malati che possiedono una buona capacità di recupero, sono ben assistiti dalla famiglia o dal sistema sociale per potersi permettere una convalescenza a casa. Al contrario, persone che sperimentano un evento acuto definibile come una complicanza finale (sia somatica che funzionale: riacutizzazione, perdita globale e non recuperabile delle attività di base della vita quotidiana) della malattia non devono essere indirizzati alle UCSA, ma alle aree post-ospedaliere specifiche (Hospice). Le UCSA non rappresentano un'area di parcheggio dei malati post-acuti nella sola ed esclusiva attesa di una sistemazione definitiva, indipendentemente dalla destinazione (RSA, hospice).

In altre situazioni cliniche l'indicazione al ricovero andrebbe discussa in base alla prognosi legata alla gravità delle malattie: vi sono persone che vengono frequentemente re-ricoverate nei reparti per acuti per lo scompenso della loro patologia (BPCO, scompenso cardiaco, cirrosi epatica). È necessario identificare un percorso di cura, in accordo con l'area per acuti, per valutare l'opportunità di seguire i malati nel tempo con un progetto specifico (ricovero in area per acuti, stabilizzazione in UCSA, ritorno al domicilio con follow up periodico): la scelta della continuità di cura e la creazione di un percorso specifico potrebbero modificare il fenomeno delle "revolving door". Infine, un atteggiamento specifico va discusso per le persone affette da demenza moderato-severa che vengono ospedalizzate per eventi somatici acuti, e che necessiterebbero di stabilizzazione in attesa del ritorno al domicilio: tali malati non sono in teoria trasferibili in UCSA perché esiste un limite al di sotto del quale il malato non può essere proposto alla post-acuzie (MMSE < 17/30). In realtà, la letteratura indica che la maggior parte delle persone ricoverate in acuzie è composta da ultrasettantenni (Rozzini, 2011). Di questi, con l'aumentare dell'età, aumenta il grado di decadimento cognitivo (e di delirium intraospedaliero). Se la maggior parte delle persone con demenza moderata sviluppa complicanze somatiche che portano all'ospedalizzazione, perché evitare loro un passaggio in post-acuzie? Escludere dalla post-acuzie i malati che più frequentemente vengono ricoverati in ospedale non rispecchia la realtà dei nostri tempi (Rozzini et al., 2010).

3-Quando ricoverare il malato dall'area per acuti

Oltre ai criteri di stabilità clinica elencati nella delibera regionale, va compreso che il malato deve avere dimostrazione clinica, biologica e/o strumentale di avvio verso la stabilizzazione/guarigione dell'evento acuto: in acuzie è stata fatta una diagnosi, effettuata una prognosi, impostata una terapia. Quando il malato inizia a superare la fase acuta è trasferibile in UCSA, anche se le conseguenze dell'evento acuto (cognitive, cliniche, funzionali e psichiche) sono da recuperare. La UCSA deve essere utile al reparto per acuti, ma anche al malato: trasferimenti troppo precoci possono esporre al rischio di ricadute cliniche (pericolose nei malati chirurgici ma anche nei malati clinici, se scarsamente studiati in acuzie). La valutazione del malato per il trasferimento in UCSA deve essere improntata su questi criteri, e discussa con i colleghi dell'area per acuti.

4-Da dove vengono i malati

Per ora i criteri regionali impongono il ricovero solo da reparti medici o chirurgici. Alcune possibili evoluzioni future riguardano i malati dal Pronto Soccorso e dalla Terapia Intensiva, sulla base del fatto che queste due aree spesso richiedono posti letto alla UCSA. Il malato che riceve già la diagnosi in Pronto Soccorso e deve solo eseguire una terapia (ad esempio antibiotico per la polmonite) è candidato alla UCSA? I malati dalla terapia intensiva, persone con recente elevata instabilità clinica, possono passare direttamente dalla terapia intensiva alla UCSA? Per questi malati vanno identificati specifici criteri di stabilità clinico/biologici, ed organizzativi: vi sono UCSA diverse in diversi ospedali; molte UCSA sono inoltre extraospedaliere e pertanto non hanno a disposizione le strutture per acuti in caso di elevata instabilità del malato che richieda un rapido ritorno all'area intensiva.

5-Quanta diagnostica strumentale e biologica va eseguita in UCSA

Il ruolo degli esami da effettuare in UCSA andrebbe scelto in base alle reali necessità del malato. Gli esami sono utili se permettono di identificare le variazioni della traiettoria attesa: cioè confermare l'impressione clinica che il malato stia migliorando, oppure e soprattutto valutare quando il malato evolve negativamente rispetto all'atteso (cosa impedisce al malato di migliorare o stabilizzarsi? Quali condizioni cliniche sottostanti?)

6-Dove vanno i malati delle UCSA?

La media di degenza dei malati è caratteristica di ogni singola UCSA, in base ai malati ricoverati ed alla rapidità di organizzazione dell'area post-ospedaliera. È possibile tuttavia stabilire a priori una degenza minima? Oppure vale il criterio del miglioramento massimo attendibile per quel malato in quella determinata circostanza, o ancora bisogna puntare al completo recupero premorboso? Ogni singola situazione va valutata e descritta. Il ritorno al domicilio è sempre l'obiettivo principale, anche se "in corso d'opera" gli obiettivi possono essere modificati in base all'evoluzione clinica. Tuttavia, bisogna prestare particolare attenzione ai malati che superano la media della degenza. Dopo 20 giorni, quali condizioni impediscono al malato di recuperare? Quali procedure attivare per comprendere la mancata risposta al trattamento? E soprattutto, quali obiettivi vanno rivisti nei long stayers?

7-I re-ricoveri a breve termine: differenziare i gruppi per caratteristiche ed obiettivi

Si può prevedere che esistano diversi gruppi di malati che vengono ricoverati più di una volta in UCSA, anche a breve termine.

ESPERIENZE

- 1 malati con instabilità clinica che dopo la dimissione dalla UCSA vengono reospedalizzati dal domicilio: devono ripassare in UCSA dopo il re ricovero in area per acuti? (sono i più fragili: pazienti da area medico/chirurgica, pazienti da aree sub intensive o da terapia intensiva).
- 2 malati fragili che arrivano alla UCSA da un reparto medico o chirurgico, con l'obiettivo di raggiungere una stabilizzazione clinica, utile per permettere un successivo ritorno in area per acuti ed affrontare con maggiori possibilità di successo una procedura ospedaliera (intervento chirurgico, o endoscopico, o chemioterapia). Per esempio, un malato con scompenso di cuore e BPCO riacutizzata e malnutrizione che va stabilizzato prima di eseguire un intervento chirurgico di protesi valvolare. In seguito all'intervento, la UCSA può di nuovo ricevere il malato, effettuando la propria attività di post-intervento (convalescenza).
- 3 i malati che sono ricoverati in UCSA e sperimentano una riacutizzazione di malattia: la gestione (anche onerosa in termini diagnostici e terapeutici) deve essere fatta in UCSA, o si prevede un ritorno al reparto per acuti in attesa di un rivasamento appena raggiunta una nuova stabilizzazione?

In generale, il re ricovero in ospedale dipende da molti fattori:

- legati al paziente (comorbidità e gravità delle malattie croniche, e quindi tendenza alle riacutizzazioni);
- legati alla famiglia (capacità di cura, attenzione al malato);
- legati all'assistenza territoriale (medico di base, assistenza infermieristica);
- legati alla disponibilità/vicinanza dell'ospedale per acuti al domicilio del paziente.

L'analisi di questi fattori, al momento del re-ricovero, aiuta a comprendere l'evoluzione del malato e quali procedure attivare.

8-Le UCSA si devono fare carico della prosecuzione delle cure

L'attivazione del sistema di cure sul territorio richiede un lavoro incessante, ma utile per il malato, con diverse figure: in primis i familiari. D'altra parte, le UCSA devono dialogare con: assistente sanitaria dell'ospedale, medico di medicina generale (pre-dimissione), assistenza sociale, assistenza infermieristica (asl) ed ausiliaria (comunale): per garantire alla dimissione una continuità di cure. Questo ha l'obiettivo di fornire assistenza di base al malato ed alla famiglia, quindi di ridurre i

re-ricoveri dovuti a malgestione.

2. Vanno identificati i malati che, dopo la degenza in UCSA, devono ancora proseguire un percorso di miglioramento attraverso il passaggio in area riabilitativa: le UCSA diventano un'area di cura post-acuzie che stabilizza alcuni malati per prepararli alla riabilitazione motoria specialistica. In attesa di recuperare la stabilità clinica, che impedisce di attuare il trattamento fisioterapistico, i malati sono indicati per le UCSA, dove ricevono cure cliniche ed assistenza. In questo senso, trovano collocazione in UCSA sia patologie invalidanti neurologiche (malattia di Parkinson, ictus ischemico recente) ma complicate da un recente evento somatico acuto (polmonite, ecc.), sia le patologie chirurgiche che non permettono inizialmente un trattamento riabilitativo funzionale, ma lo richiedono in un secondo tempo dopo la stabilizzazione somatica (chirurgia generale ed ortopedica). Di questi ultimi la stabilizzazione clinica è utile soprattutto nelle persone che non hanno l'autorizzazione ad iniziare il trattamento fisioterapistico (intervento ortopedico con carico non concesso per 30-40 giorni; oppure frattura di bacino), ma che comunque necessitano di cure mediche, assistenza infermieristica in UCSA.

LA POST-ACUZIE: UN LUOGO DI CURA REALIZZABILE

Dai dati raccolti nei primi mesi di attività si evidenzia che l'area di post-acuzie ha significato se risponde a specifiche necessità e richieste dell'ospedale e del malato. La risposta all'ospedale riguarda la possibilità di ricoverare i malati appena raggiunta una iniziale stabilizzazione, evitando il prolungamento della degenza in area per acuti. In questo modo si facilita il lavoro dell'ospedale, che può svolgere meglio e più rapidamente la gestione dell'acuzie (diagnostica e terapeutica), ricoverando più pazienti e perciò rispondendo più prontamente alle richieste del territorio (Joynt, 2012).

Per il malato, la post-acuzie rappresenta una possibilità di recupero dello stato premorboso, soprattutto per i malati anziani caratterizzati da fragilità, e per i quali un rapido ritorno al domicilio sarebbe gravato da un eccessivo carico clinico ed assistenziale, con il rischio di una precoce destabilizzazione clinica ed un rapido re ricovero ospedaliero.

Al di là degli aspetti puramente economici (le UCSA costano certamente meno alla sanità regionale, ma sicuramente di più al singolo ospedale; ed è sperabile, ma

ancora da dimostrare, che le UCSA possano ridurre i re-ricoveri e quindi garantire una riduzione della spesa sanitaria), l'obiettivo reale delle post-acuzie è quello di garantire un percorso di cura che possa permettere, almeno alla maggior parte dei malati, un ritorno al proprio domicilio in condizioni cliniche e funzionali stabili. Partecipano al gruppo UCSA-LOMBARDIA i seguenti Ospedali: Poliambulanza - Brescia (Dr. Boffelli, Dr. Rozzini), Gardone Valrompia - Brescia (Dr. Pagliardi, Dr. Cerudelli), Manerbio - Brescia (Dr. Caldonazzo, Dr. Balestrieri), Valduce di Como (Drs. Bianchi, Dr. Cairoli), Cremona (Dr. Franzini, Dr. Buselli), Ponte S. Pietro - Bergamo (Dr. Petró), Sacco - Milano (Dr. Foini), Casa di Cura San Francesco - Bergamo (Dr. Bocchi), Treviglio - Bergamo (Dr. Sala).

BIBLIOGRAFIA

Avalere Health analysis of American Hospital Association Annual Survey data for community hospitals, 2006.

Belleli G. La riabilitazione dei soggetti con deterioramento cognitivo: complesso o complicato? *Psicogeriatrics*, 2011;(suppl. n. 2):30-44.

Clarfield AM, Bergman H, Kane RL. Fragmentation of care for frail older people - an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada and the United States. *JAGS* 2001;49:1714-21.

Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *G Gerontol* 2001;49:1-76.

Giarrizzo ML. La riabilitazione e la longevità. In: Descrizione dell'attività di ricovero, ambulatoriale, di emergenza e di assistenza farmaceutica del-

le strutture ospedaliere del Lazio, anno 2010. LazioSanità, Febbraio 2012:394-9.

Guarini F, Frisoni GB, Morghen S, Speciale S, Belleli G, Trabucchi M. Clinical instability as a predictor of negative outcomes among elderly patients admitted to a rehabilitation ward. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11(6):443-8.

Joynt KE, Adish KJ. Thirty day readmissions - truth and consequences. *N Engl J Med* 2012;366:1366-9.

Kane RL. Finding the right level of post-hospital care. *JAMA* 2011;305(3):284-93.

McV, Intrator O, Feng Z, Grabowski DC. The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. *J Health Affairs* 2010;157-64.

Quaderni del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. N. 6, novembre-dicembre 2010.

Regione Lombardia. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011 - II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario. Deliberazione n° IX/1479, seduta del 30/03/2011.

Rozzini R, Sisman I, Ranhoff A, Maggi S, Trabucchi M. Decision making in elderly patients with severe dementia and pneumonia [letter]. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(3):325-6.

Rozzini R, Vincent Mor a Brescia: Dopo l'acuzie possibili modelli di cura per l'anziano. *I Luoghi della Cura* 2011;(2):4-5.

Trabucchi M. L'organizzazione dei servizi per la persona anziana. *Pariatrics Oggi*, 2010;(4):6-7.

Trabucchi M. Post acuzie. Interrogativi sull'organizzazione dei servizi. *Assistenza Anziani* 2010;(2):78.

Trabucchi M. Le cure sub acute. *Assistenza Anziani* 2011;10.

Le tabelle relative all'articolo sono disponibili sul sito internet www.gry.it alla voce "letteratura" - "riviste" - "I Luoghi della cura".

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

Manuale di NEUROGERIATRIA

IV edizione

Pagine: 588 - Prezzo: € 60.00

Copertina: cartonata



CIC Edizioni Internazionali

Infermieri: scenari (futuri) di cambiamento

Ermellina Zanetti*, Nicoletta Nicoletti[#]

* Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Coordinatore sezione nursing Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

I lavori del tavolo tecnico Ministero Salute-Regioni sulle "nuove competenze degli infermieri" hanno suscitato un vivace dibattito anche tra gli stessi infermieri. La proposta licenziata dal tavolo tecnico, che è all'attenzione della conferenza Stato Regioni, individua sei aree di intervento per ciascuna delle quali sono state individuate specifiche competenze professionali.

Tali aree sono:

- Area cure primarie – Infermiere comunità – Famiglia;
- Area intensiva e dell'emergenza urgenza;
- Area medica;
- Area chirurgica;
- Area neonatologica e pediatrica;
- Area salute mentale e dipendenze;

Il documento introduttivo "Evoluzione della professione infermieristica" riassume le ragioni di un cambiamento non più rinviabile a partire dalla considerazione che nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'obiettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati, in particolare, all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico-degenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.

Ciò rende necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali tendendo, da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e, dall'altro, ponendo le basi per la personalizzazione dell'assistenza.

Dal nostro particolare osservatorio non v'è dubbio alcuno che la formazione di base e complementare dell'infermiere (e di tutte le altre professioni della salute) necessiti, in tempi rapidissimi, di recuperare il ritardo con cui nel nostro paese stiamo affrontando i problemi con-

nessi al fenomeno dell'aumento della speranza di vita a cui si associano un aumento di situazioni di fragilità, cronicità e non autosufficienza che richiedono interventi specifici, qualificati e appropriati.

Tutte le professioni della salute, in particolare infermieri e medici, dovrebbero avere nel corso di laurea una formazione ad hoc per affrontare i problemi più comuni delle persone anziane (si stima che nel 2040 gli ultrasessantacinquenni rappresenteranno quasi un terzo della popolazione italiana) e per riconoscere chi necessita di interventi specialistici.

La trasformazione, necessaria per rispondere ai bisogni di questa fascia di popolazione, rispettando criteri di sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza e consenso, include anche un ampliamento delle competenze degli infermieri, in particolare nell'area dell'assistenza all'anziano (peraltro non prevista dalla bozza). Ma ciò non basta. Riteniamo che per agire e finalizzare nuove e consolidate competenze sia necessario intervenire su due aspetti che rappresentano altrettante condizioni propedeutiche e ineliminabili: la riorganizzazione delle cure primarie e la definizione degli outcome.

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

Oltre trent'anni fa la dichiarazione di Alma Ata proponeva la Primary Health Care (PHC): una politica ed una strategia articolata, pensata per migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione, particolarmente rivolta ai più poveri (economicamente, culturalmente, socialmente), basata sulla partecipazione del singolo e delle comunità alle decisioni riguardanti la propria salute attraverso attività di prevenzione e promozione della salute; tecnologie appropriate, integrazione dei servizi sanitari con altri settori, ad esempio la scuola, i trasporti, i lavori pub-

blici e sostenibilità degli interventi nel medio e lungo termine. Molti lavori pubblicati in letteratura (Kruk et al., 2010; Withanachchi e Uchida, 2006; Nasser et al., 1991; Gakidou et al., 2006; Ministry of Health of Brazil, 2007; Rossaro-Bixby, 2004; Johns Hopkins University, 2006; Mullan e Frehywot, 2007) hanno ampiamente dimostrato l'efficacia del modello PHC, scarsamente considerato nei paesi industrializzati.

Nel nostro paese l'organizzazione delle cure primarie richiede un cambiamento culturale (che non ritroviamo né nel documento del tavolo tecnico ministeriale dedicato a "Cure primarie e integrazione ospedale territorio" né nell'articolo 1 del Disegno di Legge 158/2012 o Decreto Balduzzi): il passaggio da una medicina d'attesa (curo e mi prendo cura di coloro che hanno già una malattia o un problema sanitario e si rivolgono ai servizi, con grande enfasi sul ruolo dell'ospedale) a una medicina di iniziativa, come proposto nel modello della PHC, (intercetto coloro che sono a rischio di sviluppare malattie o problemi di salute) con un forte investimento di risorse e nuove progettualità sul territorio e una ridefinizione dell'attuale organizzazione della medicina di base (Becchi et al., 2008). Al riguardo, riteniamo particolarmente interessante l'esperienza della Gran Bretagna avviata nel 1990. Anche nel modello inglese di medicina di iniziativa si è assistito ad un ampliamento delle competenze degli infermieri (sono gli infermieri ad occuparsi di alcuni problemi clinici dei pazienti, a ripetere le prescrizioni o a farne per alcuni farmaci) con relativo strascico di polemiche e perplessità da parte dei medici, come ben riassunto dal titolo dell'editoriale pubblicato da Steve Iliffe sul *British Medical Journal* "Nursing and the future of primary care. Handmaidens or agents for managed care?" (Iliffe, 2000). Ma molto più interessante è il dibattito sorto tra i colleghi inglesi che temevano di essere considerati come un'espansione del medico e non come una professione autonoma. La capacità nel cogliere e governare il cambiamento, per gli infermieri inglesi, risiedeva nell'orientare i loro interventi sulla valutazione dei bisogni e dei rischi, sulla gestione del paziente cronico, e non sull'agire "nuove" competenze che ritenevano essere non il fine, ma bensì strumenti utili solo se finalizzati a realizzare un progetto di presa in carico orientato alla promozione, al rinforzo delle abilità della persona assistita, allo sviluppo di reti e percorsi integrali con gli altri professionisti, medici compresi (McDonald et al., 2009). Anche noi, come i colleghi inglesi, riteniamo che lo sviluppo della nostra professione non risieda nell'acquisi-

re competenze "altrui", ma nella valorizzazione delle competenze assistenziali che ci appartengono e che possono trovare piena attuazione in modelli organizzativi meno medico-centrici, che valorizzano la presa in carico della persona fragile, affetta da patologie croniche con maggiori possibilità di garantire risposte ai bisogni attraverso la continuità delle cure e dell'assistenza.

LA DEFINIZIONE DEGLI OUTCOME

La ricerca di indicatori di risultato di salute su cui orientare gli interventi è certamente una sfida per tutti i servizi sanitari, ma è uno sforzo irrinunciabile. È attraverso la valutazione degli outcome che i servizi, le équipe multi professionali e i singoli professionisti possono misurare e giustificare sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza dei propri interventi.

Nell'organizzazione dell'assistenza e delle cure ai pazienti cronici si fa spesso riferimento a più servizi, a diversa intensità di intervento, che lavorano in rete: la definizione degli outcome, per ciascuno di questi servizi, è indispensabile per evitare sovrapposizioni e definire i criteri di accesso dell'utenza.

L'importanza, per noi infermieri, dell'individuare indicatori di risultato attribuibili all'assistenza infermieristica è cruciale per dimostrare in modo efficace che gli infermieri fanno una differenza critica di efficacia ed efficienza nel fornire assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità. Gli indicatori di risultato attribuibili all'assistenza infermieristica colgono ciò che gli infermieri fanno, quali risultati raggiungono e quanto costano. Questo è un importante passo anche verso l'allocazione appropriata delle risorse di assistenza sanitaria e aiuta a rendere visibile il contributo infermieristico nell'assistenza sanitaria (International Council of Nurses, 2012).

Il cambiamento che auspichiamo per la nostra professione in ambito geriatrico, ma non solo, risiede in una nuova cultura organizzativa, alla cui definizione molti tra gli appartenenti a questa professione sono adeguatamente preparati per poter utilmente contribuire. Un'organizzazione che privilegi i risultati rispetto ai processi e che valorizzi le abilità e le competenze di tutti i professionisti.

Spostare l'attenzione dalle competenze ai risultati potrebbe essere un'operazione utile a favorire il confronto fra professioni certamente diverse ma chiamate con pari dignità a contribuire "con un pensiero forte" alla cura e assistenza delle persone più fragili.

ESPERIENZE

BIBLIOGRAFIA

Becchi MA, Guelfi I, Pizzarelli M, Carli O, Zurlino A. I requisiti per lo sviluppo delle Cure Primarie. In: *Agenda Sanitaria Italiana* 2006;20:17-21.

Becchi MA, Guelfi I, Pizzarelli M, Carli O, Zurlino A. L'identità della Medicina di Comunità. In: *Panorama della Sanità* 2008;17:44-9.

Cakiridou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Kalter J, Burofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hománsky-Harjes H, Murray CJ. Assessing the effect of the 2001-2006 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet* 2006;368(9550):1970-75.

Ilfe S. Nursing and the future of primary care: Handmaidens or agents for managed care? *BMJ* 2000;320(7241):1020-1.

International Council of Nurses. *Closing the Gap from Evidence to Action*, 2012.

Johns Hopkins University & Indian Institute of Health Management Research. 2006 Afghanistan Household Survey.

Kruk ME, Pongracic D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of

primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med* 2010;70:904-11.

McDonald R, Campbell S, Lester H. Practice nurses and the effects of the new general practitioner contract in the English National Health service: the extension of a professional project? *Soc Sci Med* 2009;68:1206-12.

Ministry of Health of Brazil Department of Primary Care. *Atenção básica e a saúde da família* [Primary care and family health], 2007.

Mullan F, Frohwyw S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet* 2007;13:13.

Nasiri K, Sadrzadeh B, Malek Afzali H, Mohammad K, Charsa M, Cheraghchi Bashi MT, Haghrou M, Armoodeh M. Primary health care and immunisation in Iran. *Public Health* 1991;105(9):229-38.

Rosero-Baby I. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Soc Sci Med* 2004;58(7):1271-84.

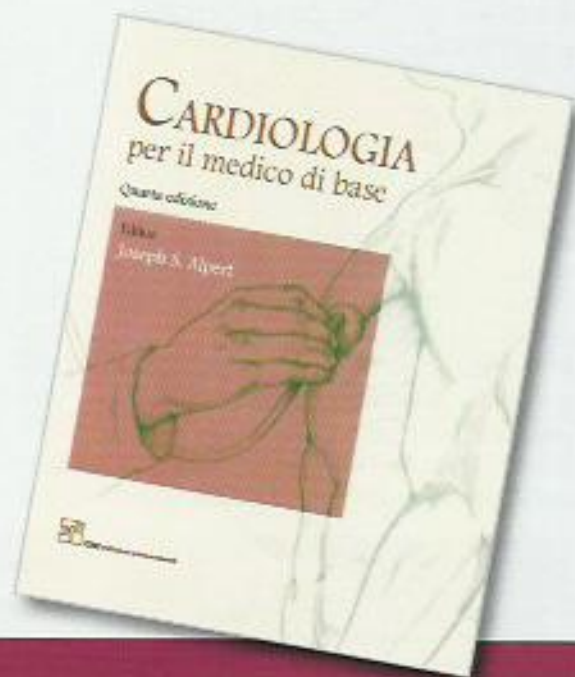
Witwerudichi N, Uchida Y. Healthcare rationing: a guide to policy directions in Sri Lanka. *Health Policy* 2006;78(1):17-25.

Editor Alpert J.S.

CARDIOLOGIA per il medico di base

IV edizione

Volume cartonato di 546 pagine
Formato cm. 21.5x28
€ 80.00



CIC Edizioni Internazionali

Il ricorso alle strutture sanitarie nella popolazione anziana. Ruolo delle condizioni di salute, ruolo del contesto territoriale

Carla Facchini

Facoltà di Sociologia, Università di Milano Bicocca

Nel 2010 il Servizio Sanitario Nazionale ha speso 111.168 milioni di euro, pari a 183 € pro-capite, di cui la parte più consistente è costituita dalle spese ospedaliere. Infatti, nonostante il 'Patto della salute 2010-12' abbia stabilito che il 51% delle risorse vada all'assistenza distrettuale, il 44% a quella ospedaliera e il rimanente 5% a quella collettiva in ambiente di vita e di lavoro, la maggior parte delle regioni italiane, e quindi il dato nazionale complessivo, vedono tuttora uno sbilanciamento a favore della spesa ospedaliera.

Poiché, com'è noto, tra gli anziani il ricorso alle cure sanitarie è più consistente che nelle altre fasce di età, risulta interessante rilevare sia il loro effettivo ricorso alle principali strutture sanitarie (Ospedale, Pronto Soccorso e Guardia Medica) rispetto alle fasce di popolazione adulta, sia le valutazioni che essi danno ad alcuni importanti aspetti dei ricoveri ospedalieri.

In particolare, appare rilevante, da un lato, verificare se tale ricorso sia collegato a condizioni di effettiva problematicità sanitaria; dall'altro, cogliere la rilevanza di eventuali differenze territoriali dato che esse possono indicare una tendenziale diseguità del nostro sistema sanitario che, pure, vuole connotarsi come nazionale.

A tal fine, utilizzeremo i dati rilevati nell'ultima indagine Multiscopo, condotta dall'Istat nel 2010. Questo tipo di

indagine risulta, infatti, particolarmente interessante dato che rileva, oltre alle principali caratteristiche dei soggetti (età, sesso, stato civile e tipologia familiare, titolo di studio, condizione professionale, area geografica di residenza), sia le condizioni di salute e l'eventuale presenza delle principali patologie, sia il ricorso, nei tre mesi precedenti all'intervista, a Ospedali, Pronto Soccorso e Guardia Medica, sia le valutazioni su aspetti rilevanti degli eventuali ricoveri ospedalieri. Come tutte le indagini Multiscopo, la notevole consistenza del campione (in questo caso pari a 48.336 soggetti, di cui 13.143 di età pari o superiore ai 60 anni), permette inoltre di rilevare, in modo statisticamente significativo, le eventuali relazioni esistenti tra utilizzo¹ e valutazione delle strutture sanitarie e alcune variabili, sia a carattere individuale (come le condizioni di salute), sia di contesto (come la collocazione territoriale).

Prima di entrare nello specifico dei nostri obiettivi conoscitivi, ci sembra importante rimarcare che anche questi dati evidenziano non solo la forte relazione tra progredire dell'età e peggioramento delle condizioni di salute², ma anche le differenze di genere rilevate in tutta la letteratura (Della Croce e Facchini, 2001; Istat, 2007; Porcu, 2008). Confrontando la fascia di età dei 60-69enni, con quella dei 70-79enni, con quella degli 80-89enni e

¹ Occorre però precisare che il campione è costituito solo da chi vive al proprio domicilio, escludendo quindi quanti sono stabilmente ricoverati in strutture assistenziali. Poiché per gli anziani l'insediamento in tali strutture è strettamente connesso a precarie condizioni di salute e a limitati livelli di autosufficienza, il ricorso alle strutture sanitarie risulta, presumibilmente, un po' sottodimensionato rispetto alla realtà italiana, poiché il tasso di istituzionalizzazione degli anziani in Italia è decisamente contenuto (attorno al 2,5%) i dati non dovrebbero discostarsi molto da quelli effettivi e, soprattutto, un eventuale sottodimensionamento non inficia le relazioni che potremo individuare con condizioni di salute compromesse o con la collocazione territoriale.

² Le condizioni di salute sono state rilevate chiedendo agli intervistati sia una loro auto-valutazione complessiva sia la presenza di specifiche patologie. Certo, non c'è un riscontro diretto a tali valutazioni, ma tutta la letteratura riconosce ad esse il fatto di essere buone proxy dell'effettiva condizione di salute.

MATERIALI DI LAVORO

con quella ancora più anziana, si rileva che la percentuale di chi dichiara 'ottime' o 'buone' condizioni di salute scende dal 53% al 35.1% al 21.5%, al 18.7%, mentre quella di chi dichiara di averle 'pessime' o 'cattive' sale dal 14%, al 24.6% al 38.5%, al 50.7%. Analoghi gli andamenti per quanto riguarda la presenza di patologie croniche, la cui incidenza aumenta, rispettivamente per le diverse classi di età sopra elencate, dal 12.8% al 25% al 44.7% al 63.1%; soprattutto, col progredire dell'età aumenta la percentuale di chi dichiara di avere necessità continue per esigenze importanti dal 5.7%, all'11.6% al 25.5%, al 47.2%. Nello stesso tempo, anche a parità di classe di età, le donne lamentano, sistematicamente, peggiori condizioni di salute: ad esempio, tra chi ha 60-69 anni, la percentuale di chi dichiara ottime o buone condizioni di salute è pari al 57.2% per gli uomini, al 49% per le donne; mentre, in quella più anziana, i valori scendono rispettivamente al 25.5% e al 16.4%. Se si considera invece la presenza di malattie croniche, la percentuale di chi dichiara di avere notevoli necessità di cura risulta molto simile tra i 60-69 anni (5.3% degli uomini, 6% delle donne), ma diventa molto difforme tra gli ultranovantenni: 31.4% degli uomini, 51.7% delle donne.

IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE

Consideriamo ora il ricorso, da parte della popolazione con almeno 60 anni, alle diverse strutture (Tab. 1). Nei tre mesi precedenti l'intervista, tale utilizzo è stato pari al 5.9% per l'Ospedale, all'8.3% per il Pronto Soccorso, al 5.7% per la Guardia Medica, contro valori rispettivamente pari al 2.3%, al 5.4% e al 2.7% della popolazione in età adulta.

Se si considera la limitatezza dell'arco temporale considerato, non si può certo sostenere che si tratti di valori modesti, specie se si osserva che il 5% degli intervistati ha fatto ricorso a più strutture e che in non po-

chi casi (dal 17 al 35% secondo la struttura considerata) i ricoveri sono ripetuti.

La consistenza del dato, specie per quanto riguarda il Pronto Soccorso e la Guardia Medica, fa ipotizzare che, in caso di insorgenza di problematiche impreviste, la medicina di base risulti spesso inadeguata e che ciò comporti la tendenza, da parte dei soggetti interessati, a ricorrere a strutture la cui organizzazione - in termini sia di orari, sia di presenza di diverse professionalità sanitarie - consenta l'accesso, peraltro a titolo gratuito o comunque molto contenuto, a diagnosi accurate ed eventualmente, alle terapie necessarie.

Questo non vuol dire che si tratti, necessariamente, di ricoveri impropri, come sembra confermare il fatto che, per tutte e tre le strutture considerate, il ricorso si incrementa tra chi dichiara peggiori condizioni di salute. Considerando solo quanti hanno almeno 60 anni, il tasso di chi ha subito un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi sale infatti dall'1.8% di chi dichiara ottime condizioni di salute, al 21.1% di chi le dichiara pessime; considerando invece la presenza di malattie invalidanti, il tasso sale dal 4.4% di chi non ne lamenta alcuna, al 17% di chi dichiara invece la necessità di cure consistenti e sistematiche.

Analoghi i dati relativi alle altre due strutture. Per il Pronto Soccorso, il tasso di utilizzo sale dal 3.7% al 22.2% se si confrontano quanti dichiarano 'ottime' condizioni di salute e quanti le dichiarano invece assai problematiche; dal 5.7% al 16.5% se si confronta chi non è affetto da nessuna patologia invalidante e chi invece necessita di cure consistenti. Per la Guardia Medica, i valori passano rispettivamente dall'1.8% e dal 12.8% se si considerano le due condizioni estreme di salute, dal 3.9% al 12.2% se si considera l'assenza/rilevanza di patologie invalidanti. D'altro canto, si può osservare che, col peggiorare delle condizioni di salute, aumenta il numero di volte in cui si è fatto ricorso a tali strutture: infatti, ricoveri ripetuti sono presenti nel 3.8% di chi dichiara 'ottime' o 'buone

Tabella 1 - Tasso di ricorso a strutture sanitarie negli ultimi tre mesi.

	Popolazione 20-59 anni		Popolazione > 59 anni	
	Tasso di utilizzo		Tasso di utilizzo	Di cui più volte
Ospedale	2,3		5,9	16,7
Pronto Soccorso	5,4		8,3	20,3
Guardia medica	2,7		5,7	34,8

Fonte: elaborazione autonoma dei dati dell'indagine Multiscopo Istat del 2010

condizioni, ma nel 22,2% di chi le dichiara 'molto negative', per quanto riguarda l'Ospedale; rispettivamente, nel 4% e nel 36% dei casi per quanto concerne il Pronto Soccorso e nel 24% e nel 47,8% dei casi per la Guardia Medica.

In realtà, quello che colpisce non è tanto il più elevato e frequente ricorso alle strutture ospedaliere da parte di chi versa in condizioni di salute molto precarie, quanto il fatto che tale utilizzo, pur minore, presenti una certa rilevanza anche tra chi dichiara 'ottime' condizioni di salute, confermando l'ipotesi che, in non pochi casi, l'accesso a tali strutture assolva più un ruolo di 'rassicurazione' che di effettiva necessità.

Ma i dati ci permettono anche di evidenziare che alcune patologie sembrano maggiormente connesse al ricorso alle strutture in questione. In generale, per tutte e tre quelle considerate, chi è affetto dalle patologie previste nell'indagine evidenzia, di norma, un tasso di utilizzo che supera di circa il 50% quello di chi non ne è affetto. Tuttavia, vi sono alcune patologie (quelle cardiache, l'infarto, i tumori, le patologie nervose e la cirrosi epatica), la cui presenza comporta un tasso di utilizzo pari a circa il doppio di quello mostrato da chi non ne è affetto; altre, invece (l'artrite, l'artrosi o l'osteoporosi) non sembrano comportare un incremento dell'utilizzo rispetto a chi ne è immune. Le prime si confermano così per il loro essere particolarmente invasive sul complessivo quadro sanitario di chi ne è affetto, le seconde come patologie che incidono più sui livelli di autonomia, che sull'insorgere di emergenze tali da richiedere interventi di urgenza e terapie ospedaliere.

Quasi nulle, a parità di condizioni di salute, le differenze di genere; da segnalare, invece, quelle in base alla tipologia familiare: più esattamente, mentre per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri non si rilevano differenze significative tra chi vive solo e chi vive in famiglia, sia per il Pronto Soccorso sia per la Guardia Medica il ricorso appare un po' maggiore, ovviamente a parità di condizioni di salute, tra quanti vivono da soli. Questo dato sembra implicitamente confermare il ruolo di complessiva protezione giocato dalla presenza, nel proprio nucleo, di altri componenti in grado di assicurare nei casi di insorgenza di elementi di problematicità, mettendo in atto scelte che non contemplano il ricorso a strutture di pronto intervento.

Altrettanto interessanti le differenze territoriali. Mentre per il Pronto Soccorso non si registrano differenze rilevanti tra le grandi macro-aree del Paese, per l'Ospedale e ancor più per la Guardia Medica l'utilizzo risulta

un po' più elevato nelle regioni del Centro e del Sud che in quelle del Nord. Inoltre, nelle prime, appaiono più frequenti i ricorsi ripetuti e più lunghi i periodi di degenza. Tali dati ben si inseriscono nelle tendenze rilevate a livello nazionale (Istat, 2012) che indicano come i tassi di ospedalizzazione siano un po' maggiori in alcune regioni meridionali, presumibilmente anche come risultato della complessiva organizzazione del loro sistema sanitario.

LA VALUTAZIONE DEL RICOVERO OSPEDALIERO

Analizziamo ora le valutazioni date all'eventuale ricovero ospedaliero. Quattro gli aspetti sondati dall'indagine Multiscopo: i primi due attengono più specificamente ad aspetti sanitari (assistenza medica e assistenza infermieristica), gli altri due ad aspetti a carattere alberghiero: vitto e servizi igienici.

Anzitutto, si può notare che le valutazioni appaiono decisamente positive sia per quanto riguarda gli aspetti più propriamente sanitari, che per quanto riguarda i servizi igienici, mentre tale positività si attenua per quanto riguarda il vitto. Come evidenzia la tabella 2, circa la metà di chi è stato ricoverato dà una valutazione abbastanza positiva a tutti e quattro gli aspetti considerati; inoltre, le valutazioni molto positive raggiungono circa un terzo per quanto concerne la cura e l'assistenza e i servizi igienici, circa un quarto per quanto riguarda il vitto; specularmente, le valutazioni poco o per nulla positive raggiungono rispettivamente circa il 10% per gli aspetti più sanitari, il 16-25% per quelli alberghieri.

Per quanto riguarda il vitto, lo scarso gradimento non stupisce se si considera lo scarto di norma esistente tra l'alimentazione abitualmente assunta nella vita quotidiana e quella fruita in ospedale, soggetta, anche per motivazioni attinenti alle stesse patologie dei ricoverati, a vincoli che tendono ad essere più o meno restrittivi. Diverso è invece il discorso per quel che riguarda i servizi igienici, per i quali la presenza di valutazioni critiche sembra piuttosto rimandare a problematicità nell'igiene e/o nell'accessibilità dei locali ad essi adibiti.

Per l'assistenza medica i molto soddisfatti passano dal 49,7% del Nord-Ovest e del Nord-Est, al 34,8% del Centro, al 27,8% delle Isole, al 25,8% del Sud. Simile l'andamento per quel che concerne l'assistenza infermieristica: i molto soddisfatti passano, rispettivamente, dal 48,7%, al 52,4%, al 36,4%, al 23,8% e al 22,6%. Sostanzialmen-

Tabella 2 - Valutazioni date ad alcuni aspetti del ricovero ospedaliero.

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per nulla soddisfatto	Non so
Assistenza medica	37,3	55,0	5,1	2,2	0,3
Assistenza infermieristica	36,6	51,6	8,8	2,5	0,5
Vitto	24,0	49,1	18,6	4,6	3,7
Servizi igienici	32,4	51,6	10,9	4,1	1,0

Fonte: elaborazione autonoma dei dati dell'Indagine Multiscopo Istat del 2010

le analoghe le differenze territoriali per quanto concerne gli aspetti a carattere alberghiero: i molto soddisfatti passano, infatti, per le diverse ripartizioni sopraelenchate, dal 43,2% al 49%, al 29,4%, al 22,1% al 16,3% per quanto riguarda i servizi igienici, dal 30,5%, al 41%, al 18,9% al 13,8%, al 15,8% per quanto concerne il vitto. Certo, nelle regioni settentrionali quanti sono molto soddisfatti diventano meno numerosi rispetto a quanto rilevato per gli aspetti più sanitari, ma si tratta comunque di valori più elevati di quelli riscontrati nelle regioni centro-meridionali che evidenziano, inoltre consistenti percentuali di chi si dichiara poco o per nulla soddisfatto.

Tale scarto tra le diverse ripartizioni territoriali è più evidente se rapportiamo le percentuali di chi dà valutazioni molto o abbastanza positive con quelle di chi, al contrario, le dà poco o per nulla positive. La Tabella 3, che presenta tali rapporti, ben evidenzia che mentre nelle regioni settentrionali per ogni scontento si registrano, per gli aspetti sanitari, dai 15 ai 23 soddisfatti, nelle regioni centro-meridionali tale rapporto scende su valori più modesti, tra i 5 e i 7.

Tali differenze permangono anche per vitto e servizi igienici, dato che a fronte di valori tra i 13 e i 17 delle regioni settentrionali (con l'unica eccezione del vitto per le regioni del Nord-est) si scende a valori che vanno da 2,5 a 5 in quelle centro-meridionali.

Certo, le valutazioni dei ricoveri ospedalieri risultano comunque complessivamente positive, e questo appare certamente un dato importante, ma non si possono sot-

tovalutare le differenze territoriali, dato l'impatto che esse hanno sui soggetti e le loro famiglie.

La salute costituisce, infatti, un bene del tutto peculiare, configurandosi, per il ruolo che ha non solo sulla qualità della vita quotidiana, ma sulle stesse capacità dei soggetti, come una sorta di prerequisito affinché le altre capacità individuali possano dispiegarsi. Non a caso, anche se il diritto all'assistenza sanitaria si declina in modi diversi nei diversi modelli sociali e di welfare, vi è comunque una sostanziale condivisione circa il fatto che vi sia una responsabilità complessiva della società a questo riguardo e che forti differenze nell'accesso ai servizi sanitari, o nella qualità che essi hanno, siano sostanzialmente inique. Da questo punto di vista, le differenze di qualità (almeno di quella percepita) che risultano attraversare il nostro paese per quanto concerne il sistema sanitario (Ciarelli, 2010; Istat, 2012), possono essere considerate uno degli elementi che lo connotano più negativamente. Questa considerazione è ancora più pregnante dato che è assai ragionevole ipotizzare che tali disomogeneità incidano in modo particolare sui soggetti economicamente più deboli, che difficilmente possono accedere a strutture sanitarie alternative a quelle pubbliche presenti nel luogo di residenza. Vale a dire che le differenze territoriali nell'accesso ad un efficace (ed efficiente) sistema di cura si intrecciano con quelle determinate dalla collocazione sociale, accentuando tendenzialmente, nei contesti territoriali più svantaggiati, la situazione di problematicità dei soggetti socialmente più deboli (Costa, 2009).

Tabella 3 - Rapporto tra valutazioni positive e valutazioni negative di alcuni aspetti del ricovero ospedaliero per area geografica.

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Assistenza medica	18,2	23,4	7,7	4,6	6,2
Assistenza infermieristica	16,3	15,1	7,7	4,7	6,2
Vitto	13,7	5,9	2,7	2,4	2,5
Servizi igienici	13,0	17,2	4,8	3,3	3,4

Fonte: elaborazione autonoma dei dati dell'Indagine Multiscopo Istat del 2010

Se si considera che, in base al nuovo assetto istituzionale, il sistema sanitario è connotato da una corresponsabilità di Stato e Regioni, e che si stanno strutturando sistemi regionali anche normativamente difformi tra loro, sembra difficile prevedere che tale divano sia destinato a scomparire o, almeno, ad attenuarsi in misura consistente.

È questo, però, credo, non pochi problemi, non solo in termini politici, ma anche in termini etici.

BIBLIOGRAFIA

Costa G. Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche. In: Brandolini et al., (a cura di) Dimensi-

sione della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione. Il Mulino, Bologna 2009.

Della Croce F, Facchini C. Anziani e condizioni di salute in Lombardia. In: Facchini C., (a cura di) Anziani, pluralità e mutamenti, FrancoAngeli, Milano 2001.

Giarelli G. Il sistema dei servizi sanitari. In: AIS (a cura di) Mosaico Italia. Lo stato del paese agli inizi del XXI secolo. FrancoAngeli, Milano 2010.

Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005. Istat, Roma 2007.

Istat. Disuguaglianze, equità e servizi ai cittadini, Rapporto annuale 2012. La situazione del Paese. Istat, Roma 2012.

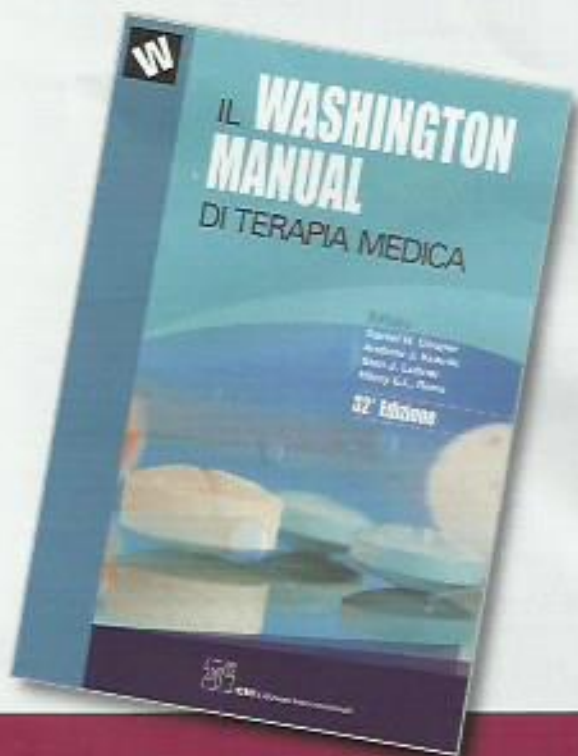
Porcu S. Invecchiamento della popolazione, stato di salute e domanda di servizi. In: Porcu S., (a cura di) Salute e malattia. Mutamento socio-culturale e trasformazioni organizzative dei servizi alla persona. FrancoAngeli, Milano 2008.

Editors: Daniel H. Cooper, Andrew J. Krainik, Sam J. Lubner, Hilary E.L. Reno

IL WASHINGTON MANUAL DI TERAPIA MEDICA

32ª edizione

Pagine 880 pagine
Formato cm. 17x24 - broccurato
€ 80.00



CIC Edizioni Internazionali

Fatiche e sofferenze nei luoghi di cura per anziani affetti da patologie croniche

Achille Orsenigo

Studio APS, Milano

I luoghi di cura per anziani affetti da malattie croniche sono caratterizzati da specifiche valenze simboliche: rimandano certamente a dimensioni amovibili di cura, alla gratitudine, alla consolazione. Ma sono anche attraversati da fatiche, fisiche e psichiche, e sofferenze significative. Sono quelle dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori. Le persone che lavorano in questi luoghi sono particolarmente esposte a queste dimensioni. Fatiche e sofferenze sono comunque parte integrante della nostra vita lavorativa e personale, seppure in misura diversa. Sono elementi ai quali possiamo dare un posto e un senso, se sappiamo riconoscerli e non li neghiamo o li fuggiamo. In questo caso possono contribuire a dar senso alla nostra esistenza. S'intrecciano e si collegano in modo più o meno integrato con le dimensioni del piacere, con soddisfazioni e passioni: fatiche e soddisfazioni, passioni e sofferenze non sono reciprocamente estranee. Spesso s'alimentano reciprocamente: possiamo percepire la fatica di una camminata in montagna o del prendersi cura della propria famiglia o del curare una persona anziana. Possiamo nel contempo provare, collegati a queste parti onerose, il piacere per la bellezza del paesaggio, la soddisfazione d'essere arrivati al rifugio, la gratificazione di vedere i nostri figli crescere o, per l'anziano che finalmente riesce a riposare tranquillo o a mangiare con sua moglie, la soddisfazione per la gratitudine dei nostri pazienti. Sono soddisfazioni, a volte piccole, che compensano fatiche, sudori e sofferenze: un letto ben fatto, una stanza pulita, una cartella scritta in modo chiaro e ordinato. Spesso, invece, sembra prevalere la convinzione che fatiche e sofferenze non siano iscritte nella vita lavorativa. Sono, allora, rappresentate come accidenti negativi, patologici, che si dovrebbero evitare. Così, però, s'alimenta l'illusione di poter trovare o realizzare Servizi che siano dei luoghi di benessere, non solo per gli utenti, ma anche per gli operatori. Invece, lavorare, "prendersi carico", spostare persone e oggetti, stare vicini, identificarsi, aspettare, costrui-

re, aver cura, cercare d'andar d'accordo, gestire conflitti, sono tutte operazioni che comportano fatiche, stress e a volte anche sofferenze. Sono, a mio avviso, in parte consistenti, condizioni connesse al misurarsi coi limiti propri e delle proprie organizzazioni. Lavorare, infatti, è metter mano, materialmente e simbolicamente, alla realtà per cercare di modificarla, orientarla verso forme e direzioni diverse da quelle che spontaneamente assumerebbe. Curare una malattia comporta inoltre il misurarsi col potere di guarire, ma anche, molto spesso, con il non riuscirci, perché non ne siamo capaci, non ne abbiamo i mezzi, oppure perché il soggetto di cui ci prendiamo cura non ha risorse sufficienti. Fatica e sofferenza nel lavoro sono, in questi casi, il prezzo che paghiamo per cercare di produrre un servizio, ottenere un compenso economico e uno simbolico: il piacere dei risultati, del lavoro ben fatto con altri, del vedersi utili, il potersi riconoscere nel proprio servizio.

DISTINGUERE FATICHE E STRESS DALLE SOFFERENZE

Se queste dimensioni sono iscritte in qualsiasi lavoro, non possiamo realisticamente pensare di eliminarle dalla nostra casa di riposo o dal nostro reparto. Solo in una visione illusoria e narcisistica, in sostanza "infantile", possiamo volere o pretendere una relazione tra colleghi, con gli anziani e con noi stessi caratterizzata da piacere e benessere, quindi senza stress, fatiche fisiche, relazionali e mentali. D'altro canto, fatiche, stress e sofferenze non sono frutto del caso o del destino. Per non subirli passivamente, ma trattarli con maggiore potere è necessario comprenderne la genesi e differenziarli: non sono sinonimi. Lo stress è una condizione di tensione o pressione elevata, sia di ordine fisico, sia psichico: è la tensione che si può provare tra colleghi o la situazione in cui ci sentiamo schiacciati da richieste plurime, mentre siamo soli tra i letti del

la nostra Unità Operativa; può corrispondere alla sensazione di non farcela a riempire le cartelle, passare le consegne alle colleghe del primo turno, controllare le flebo, dopo una notte piena di grane. L'esposizione prolungata allo stress genera fatica, anche se, entro certi limiti, avere compiti impegnativi da portare a termine può essere eccitante. Infatti, l'essere riusciti a condividere finalmente coi famigliari obiettivi e modalità di una variazione della cura di un paziente, aver riorganizzato positivamente i turni in occasione dell'assenza di un collega, l'essere riusciti a portare in giardino tutti gli anziani del nostro reparto sono operazioni faticose, ma conducono a risultati apprezzabili, le vediamo come azioni sensate.

La sofferenza può essere più generalmente vista come l'esito dell'esposizione a fatiche troppo intense in rapporto alle risorse a disposizione. Fatiche fisiche (reggere da sola un'anziana sovrappeso che sta per cadere, con conseguente strappo muscolare) o psichiche (vedere un anziano star male perché non adeguatamente curato). Ma la sofferenza è anche, forse sempre più, la conseguenza di fatiche e stress fisici e psichici di cui non ci si riesce a rappresentare il senso, la prospettiva. È la lacerazione che si prova non trovando risposta alla domanda: "Ma che senso ha quel che sto facendo?", "Perché faccio fare queste fatiche alle mie colleghe?", "Ma perché dobbiamo prenderci questi carichi di lavoro, mentre in altri Servizi hanno più personale?", "Ma che senso ha continuare con queste terapie, con questa persona ormai alla fine?". La sofferenza è generata dalla percezione, a volte poco chiara, che il proprio lavoro, gli sforzi che vengono richiesti, siano svuotati di senso, inutili, che si sia impegnati in contesti confusi, con dirigenti o coordinatori che non sono in grado, non vogliono o non possono, capire l'importanza di dare, costruire il senso delle fatiche richieste agli operatori: riescono solo a controllare, a prescrivere o "farlo gli affari loro". Per contro, possiamo osservare come le persone possano lavorare duramente, con notevoli investimenti di tempo, anche sacrificandosi, reggendo notevoli carichi, se riescono a rappresentarselo come sensato, con una prospettiva, un'utilità. Non è sufficiente sapere cosa si deve fare, qual è l'obiettivo del lavoro. Per assumere le fatiche, evitando che diventino sofferenze, è necessario comprenderne il senso. Ciò vale per il personale, per i malati e per i loro famigliari.

ORIGINI DI SOFFERENZE E FATICHE

Come ho cercato di mettere brevemente in luce, ele-

mento d'importanza cruciale, nel trasformare le fatiche in sofferenze, è la percezione di una mancanza di senso per le fatiche che comporta il lavoro con anziani affetti da patologie croniche.

Certamente altre fonti di sofferenza caratterizzano specificamente questi ambiti lavorativi.

Un'importante causa di sofferenze in questi contesti è costituita da quello che potremmo chiamare il "compito impossibile". Ossia il lavoro svolto per raggiungere obiettivi irrealistici: riabilitare chi non può essere riabilitato, somministrare cure di cui si conosce l'inefficacia (accanimento terapeutico), ricevere richieste d'attenzione da parte degli anziani che ci sono affidati non avendo risorse sufficienti... Sono situazioni in cui la fatica non può, per definizione, trasformarsi in risultati apprezzabili, essa quindi è sprecata e diviene sofferenza, a volte non solo per gli operatori, ma anche per gli assistiti.

Il lavorare con la cronicità mette di fronte ai limiti, in modo assai netto e a volte drammatico. Non possiamo evidentemente far tornar giovani, né, in molti casi, riabilitare (ossia ricondurre a precedenti abilità) i soggetti che sono affidati alle nostre cure. Lavorando con anziani affetti da patologie croniche possiamo, molto utilmente, ritardare, accompagnare il loro deterioramento fisico, psichico e sociale. Possiamo risolvere solo alcuni dei problemi che caratterizzano la loro condizione. Per il resto abbiamo la possibilità d'aiutare loro e i loro famigliari a gestirli con minori sofferenze, forse con minori fatiche, ma non li possiamo eliminare. La sofferenza è accentuata dal fatto che le professioni sanitarie, nella nostra cultura, sono attraversate inconsapevolmente da fantasie d'onnipotenza: salvare, guarire, far star bene. Nella gerarchia valoriale di queste professioni accade, di conseguenza, che chi si occupa di acuti ed emergenze sia collocato al vertice, mentre chi tratta le cronicità sia posto in una posizione decisamente meno apprezzata professionalmente. Curare anziani, e per di più cronici mette, così, duramente e a volte drammaticamente di fronte a limiti radicali e in una posizione di scarso riconoscimento professionale. Se non si è in grado di riformulare il senso della cura, in termini del prendersi cura, dell'accompagnare, invece che del guarire, le fatiche diventano sofferenze. Ciò richiede molte volte non solo la capacità di reggere i limiti, ma anche quella di riformulare "compiti impossibili".

A queste frustrazioni massicce, in diversi casi, si fa fronte staccando emotivamente, proteggendosi dall'identificazione, evitando di riconoscersi nell'anziana che assistiamo. Fare un'iniezione o svolgere le operazioni di pulizia personale chiacchierando con la collega, trasformando inconsa-

SPUNTI DI DIBATTITO

pevolmente la persona in un oggetto, è un modo comprensibile, ma certo da non sostenere, di protezione da un'eccessiva sofferenza: "Non ce la faccio a tenere il contatto con un soggetto con cui non riesco a comunicare, che non riuscirò a ricondurre alla normalità". In effetti i processi d'identificazione, di riconoscimento, con questi malati sono elementi critici. Da un lato per questa via è possibile un avvicinamento, una comprensione più elevata degli assistiti. Dall'altro ciò espone l'operatore ad un carico emotivo molto, forse troppo, elevato. Può rivivere, spesso inconsapevolmente, situazioni dolorose legate ai propri congiunti, oppure prefigurare una propria sofferente vecchiaia: le condizioni di riduzione delle capacità e delle autonomie, il deterioramento a cui siamo inevitabilmente destinati, i gravi limiti che nella vecchiaia, in particolare quando associata alla malattia, possono trasformarsi in sentimenti d'impotenza.

Queste fonti di sofferenza e le identificazioni sono accentuate in Servizi caratterizzati da continuità ed esclusività del contatto con la cronicità e con soggetti giunti al termine della vita. Infatti, il livello di sofferenza a cui si è esposti varia in funzione del fatto che ci si occupi solo di anziani con patologie croniche e in funzione del tempo per cui gli operatori se ne fanno carico. La rotazione elevata dei degenti, come avviene in un reparto ospedaliero o in un ambulatorio geriatrico, protegge dal rischio di un eccessivo rispecchiamento col malato. Per contro lavorare in una casa di riposo che ospita un anziano, 24 ore su 24, per anni, a volte fino al suo decesso, induce processi di vicinanza elevata con le loro fatiche o sofferenze. Queste conoscenze più approfondite espongono l'operatore ad un maggior rischio di sofferenza.

Fatica e sofferenza degli operatori possono essere accentuate anche dall'estensione della cura che è iscritta nel mandato di alcuni dei Servizi per anziani con patologie croniche. Essi possono infatti lavorare facendosi carico di tutte le dimensioni di questi soggetti: fisiche, psichiche e sociali. È questa una condizione totalizzante, assai diversa da quella di colleghi che si occupano di acuti e per problemi o patologie assai specifiche. Un esempio evidente mi sembra quello di chi agisce impiegando tutte le sue competenze e attenzioni focalizzandole su un campo operatorio molto ben delimitato, anche fisicamente, per scindere l'organo su cui interverrà dalla persona, che neppure vede, coperta com'è da teli e resa muta dall'anestesia. Come mi ha recentemente raccontato un chirurgo, che aveva operato la sua bambina in sostituzione di un collega: "In sala operatoria, mi sono concentrato su quella parte dell'intestino da asportare,

sull'operazione. Quando sono stato lì non più ho pensato che fosse mia figlia: mi so concentrare".

Gli ambienti (in senso fisico e culturale) in cui lavoriamo influenzano, a volte determinano, i livelli di fatica e di sofferenza: per come sono fatti, per come attrezzano i soggetti che ci lavorano, per gli obiettivi che individuano e per come si prendono cura degli operatori e dell'organizzazione nel suo insieme. Occuparsi di anziani con patologie croniche ambulatorialmente, in un reparto ospedaliero, in una casa di riposo, oppure in un Servizio domiciliare, differenzia e predispone a livelli di fatica e sofferenza assai diversi. Ma anche a parità di genere di Servizi possiamo osservare fatiche e, soprattutto, sofferenze diverse. Non dipendono quindi solamente dalla tipologia di malati, né solo dalle caratteristiche individuali, ma anche e significativamente dalle caratteristiche del Servizio. Lavorare in un ambiente fisicamente adeguato, disporre di stanze spaziose, con arredi piacevoli, letti attrezzati, materiali congrui, non appesantiti da odori sgradevoli e stagnanti, aiuta a reggere le fatiche. Allo stesso modo, se non di più, avere colleghi con cui s'è raggiunta una sufficiente sintonia aiuta ad evitare che le sofferenze prendano il sopravvento. Lavorare in un contesto stimolante permette di reggere assai meglio le fatiche e le frustrazioni.

COSA FARE DELLE FATICHE E SOFFERENZE

In un reparto geriatrico per lungo degenti, in una casa di riposo o in un servizio domiciliare per anziani possiamo cercare di non vedere e sentire fatiche o sofferenze, di colleghi, pazienti e anche le nostre. Oppure possiamo cercare di ridurle o eliminarle. Il metterle a tacere può certamente essere una via per reggere le situazioni lavorative, ma ciò ci impedisce di valorizzarle e sostanzialmente impoverisce noi e la nostra organizzazione.

Sofferenze e fatiche non sono qualcosa di negativo in sé. Possono anche essere spie, indizi di problemi, di qualcosa altro ancora non chiaro, difficile da vedere e studiare. Solo entrando in contatto con queste saremo in grado di meglio comprendere la situazione. Similmente a quanto accade nel lavoro clinico, impegnarsi per l'eliminazione del dolore, della sofferenza, può essere controproducente, se non pericoloso. È invece necessario studiare origini e cause dei sintomi, prima di cercare di metterli a tacere. Anche nel funzionamento di una casa di riposo, nella vita di un gruppo o di un operatore è importante preservare dello spazio per avvicinare e interrogare fatiche e

sofferenze. Questa posizione può essere la premessa per interventi evolutivi del Servizio e di sviluppo della professionalità degli operatori.

COSA POSSIAMO FARE PER LA SOFFERENZA NEI NOSTRI SERVIZI?

Possiamo individuare sinteticamente alcuni nodi da sciogliere per affrontare costruttivamente le sofferenze in questi contesti di lavoro. Il primo costituito dall'accettare la fatica, non illudendosi di poterla eliminare: se non riusciamo ad assumere questa posizione, paradossalmente, rendiamo inevitabile la sofferenza. Questa è la premessa per cercare di trasformare la sofferenza in fatica: riconoscendole, ricostruendone e chiarificandone il senso. Per far ciò è necessario avvicinare la sofferenza e poterla comprendere; quella degli altri e la propria. È necessario costruire e tutelare spazi di scambio e di riflessione, non farsi travolgere dalle routine, dalla quotidianità, dalla frettolosità, rinunciando a pensare. Per questa via è possibile aiutarci reciprocamente a condurre un esame di realtà, ossia ad affrontare i problemi, dandosi ed assumendo obiettivi commisurati alle risorse organizzative e personali disponibili. Ciò può aiutarci a non lasciarci sedurre dalle illusioni, da ingenue soluzioni più o meno "magiche"; puntando invece a valorizzare i risultati che possiamo raggiungere. Essendo la sofferenza spesso alimentata da sentimenti di sterilità, d'inefficacia, dalla grave difficoltà a riconoscere i risultati del proprio lavoro, delle proprie e altrui fatiche, è assolutamente importante investire per renderli visibili. In un Servizio per anziani affetti da patologie croniche è inoltre assai importante lavorare per coltivare le dimensioni di soddisfazione, di passione per il lavoro. Può essere la soddisfazione per un lavoro ben fatto, per un miglioramento realizzato, per la capacità della propria équipe di rendere sostenibile la malattia e la dipendenza agli anziani che ci sono affidati. Può essere l'apprezzamento che più volte ho sperimentato con gli operatori, nel mio lavoro di consulente e formatore per come si è riusciti ad accompagnare un anziano alla morte, dopo un lungo periodo di malattia e per come si sono aiutati i famigliari a reggere le fatiche di un rapporto deteriorato. Si tratta di mettere in luce come le fatiche, anche dure, possano essere la premessa per realizzare un buon servizio per i propri pazienti.

Possiamo rappresentarci la capacità di reggere le fatiche e le sofferenze come una qualità individuale. In una tale prospettiva, si tratta di selezionare operatori con queste

caratteristiche, fornendo, eventualmente, ai singoli, rinforzi professionali per affrontare situazioni onerose o anche decisamente dure. In questo caso la responsabilità di reggere e trattare queste dimensioni è sostanzialmente individuale. Ci sono persone più o meno forti, che sanno resistere alla sofferenza, allo stress e poco possiamo fare. D'altro canto possiamo rappresentarci che le capacità di reggere fatiche e sofferenza, di non lasciare che la fatica si trasformi in sofferenza, siano caratteristiche anche e fortemente organizzative, della cultura del gruppo di lavoro, del suo modo di affrontare la realtà. In tal caso gli investimenti in termini di supporti, di formazione, di cambiamenti, non sono riducibili solamente ai singoli. Diventa d'importanza fondamentale il prendersi cura dell'organizzazione, dei gruppi di lavoro, del come e quanto assieme si riescono a condividere fatiche, interrogativi, sofferenze, per trovare modalità di lavoro più soddisfacenti ed efficaci. È un prendersi cura dell'organizzazione per aver cura dei propri pazienti. Ciò significa costruire e preservare spazi di riflessione, non facendosi travolgere dalla quotidianità, per evitare sofferenze inutili, affrontando assieme le fatiche e i piaceri di un lavoro che può essere "ben fatto".

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- AA.VV. *Flessibilità lavorative: opportunità e rischi nella ricerca d'identità*. Spunti 2002/6.
- Argentieri S. *L'ambiguità*. Einaudi, Torino 2008.
- Benucci A., Turchini V. *Il coordinamento nei Servizi residenziali per anziani*. I luoghi della cura 2012/2.
- Ciroletti D., Lo Schiavo M., Turati G. *La professione infermieristica nelle RSA lombarde*. Prospettive Sociali e Sanitarie 2010/18-19:2-24.
- De Botton A. *Lavorare piace*. Guanda, Parma 2009.
- Donolo C. *Italia sperduta*. Donzelli editore, Roma 2011.
- Mazzano M. *Esternazione del dominio della manipolazione. Dall'azienda alla vita privata*. Mondadori, Milano 2010.
- Olivetti Manoukian F. *Attrezzarsi a lavorare con storie di grave marginalità. Alcune ipotesi per i servizi*. Animazione Sociale 2009/444-52.
- Orserigo A. *Quando l'organizzazione è un sostegno*. Animazione Sociale 2007/209.
- Orserigo A. *Il mestiere di vivere*. Newton 2011/14.
- Orserigo A. *Organizzare servizi che curano*. Animazione Sociale 2011/253.
- Orserigo A. *Sofferenze, fatiche e illusioni al lavoro*. Spunti 2011/149-24.
- Primerano C., Turchini V. (a cura di) *Costellazione RSA*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2011.
- Wain P., Clapperton C. *Il gusto di lavorare*. Il Mulino, Bologna 2011.

RICORDO DI

GIOVANNI BIGATELLO

Il ricordo più forte di Giovanni è quello di un signore.

Uno stile arguto, sottile, mai banale o superficiale. Gentilissimo nel tratto, elegante nell'aspetto.

Un medico preparato, un geriatra serio e convinto, uno scrittore intelligente, un collega interessato alla vicende di questa nostra rivista. La geriatria italiana gli deve riconoscenza per quello che ha fatto come direttore medico di una grande struttura a Como, per le innovazioni introdotte sotto la sua guida, per le cure sempre appropriate e personalizzate, ed anche per i molti altri impegni di una vita variegata, dedicata al servizio e alla curiosità per il mondo (spesso sono due caratteristiche che vanno assieme, perché è primariamente la curiosità che induce a servire la persona della quale si è compreso il reale bisogno).

Studiando le demenze ci ha dato diverse descrizioni umanissime del rapporto tra il medico e l'ammalato, inteso come capacità di trovare sempre motivi e strumenti per la comunicazione, qualsiasi sia il livello di gravità della compromissione. Descrizioni che derivavano dal suo essere medico, cioè capace di capire anche ciò che è più nascosto nel profondo della malattia.

Giovanni così conclude l'umanissimo e molto incisivo (oltre che istruttivo: quando impareremo ad apprendere la medicina anche per via narrativa e non solo quantitativo-numerica?) "La sottoveste sopra la gonna", parlando di una sua paziente affetta da demenza: "Sereni e grata della sua fortuna, non abbandona quel sorriso dolce ma un po' triste, il sorriso di chi si è affacciato sull'abisso orrido e immenso. Ma non vi è precipitato". Noi pensiamo che il Dr. Bigatello guardi il nostro commentare su di lui con l'ironia che conoscevamo, perché anche lui si è affacciato sul vuoto, ma poi non è caduto. È ancora lì che ci osserva, con la sua faccia enigmatica, che sembra controllare il nostro lavoro. Come giudice severo, ma sereno ed amico.

Marco Trabucchi