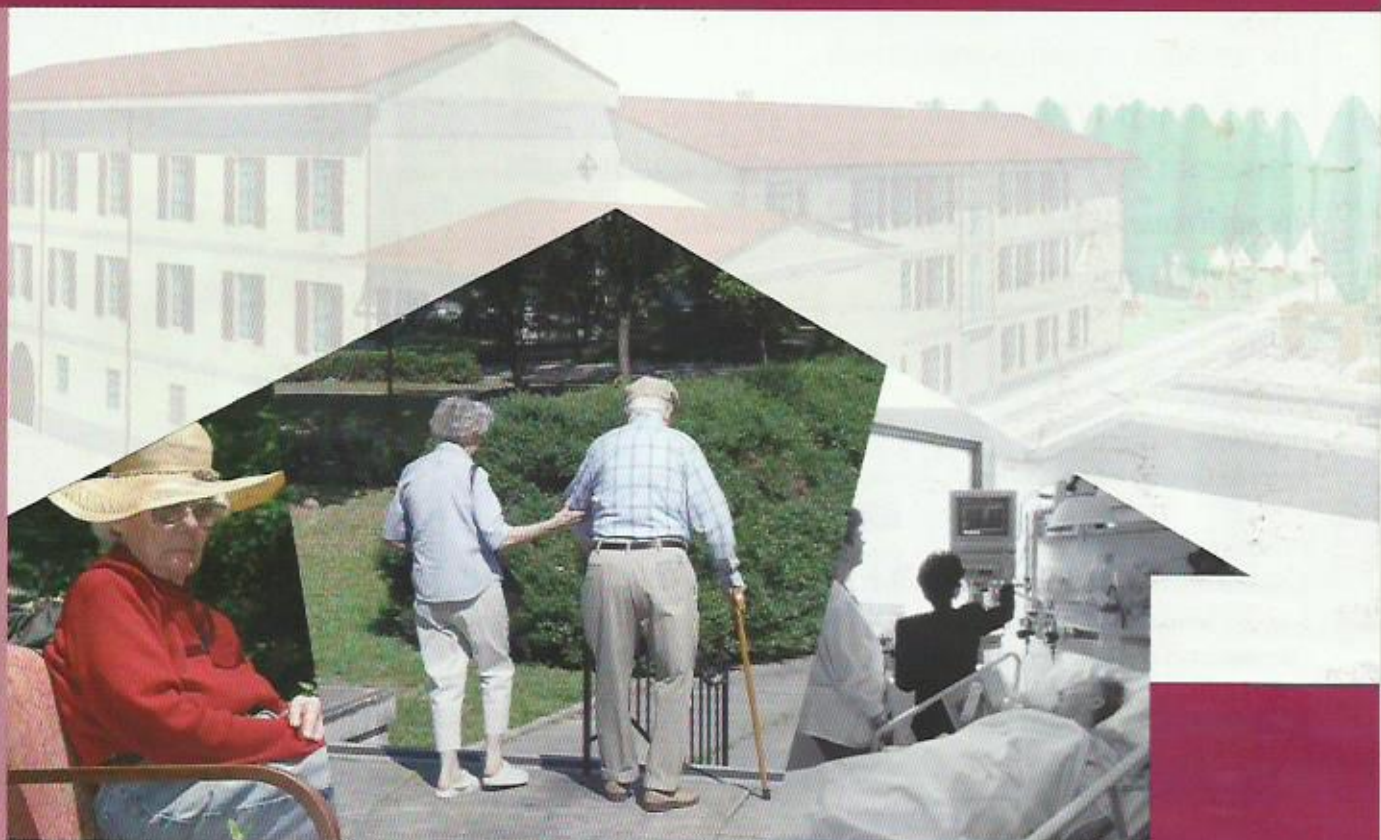


ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XI - N. 2
Giugno 2015
TRIMESTRALE

2/2013




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini,
Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,
Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini,
Marco Trabucchi, Daniele Villani**Direttore responsabile**

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppcic.it

Area pubblicitàPatrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppcic.it**Area marketing & sviluppo**Carlo Bianchini, bianchini@gruppcic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

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

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
R.O.C.: 6905/128611**Stampa:** LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia €
3,50) - Estero € 30,00. L'IVA condensata nel prezzo
di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74,
primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89.
Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un in-
dizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di giugno 2013

Al sensi del Decreto Legislativo 30/06/00 n. 196 (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 garantirne la riservatez-
za. I dati sono gestiti internamente 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
qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la
conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la can-
cellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al
trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato
con comunicazione scritta.

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

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

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

© Copyright 2013



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE**Spensionarsi?***Antonio Guaita, 4***MATERIALI DI LAVORO****L'habitat protetto per l'invecchiamento in Europa.
Buone prassi internazionali e realtà sperimentali
in Lombardia***Marco Predazzi, 7***ASPETTI CLINICI E ASSISTENZIALI****Continuità assistenziale ospedale-territorio:
modello di sinergia tra i presidi ospedalieri e i servizi territoriali
nei distretti 6 e 7 dell'ASL TO2 – Regione Piemonte***Franco Cirio, Giuliana Pochettino, Michele Ceruti, Silvio Geninatti, 12***ESPERIENZE****Comunità Residenziali per anziani: un anno di lavoro***Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Marco Trabucchi, 20***REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI****La tutela della sicurezza degli assistiti
attraverso metodi alternativi alla contenzione***Anna Castaldo, 26*

Spensionarsi?

Antonio Guaita

Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso (MI)

Una nuova parola gira sul WEB, unretired, che si può tradurre con "spensionarsi": che cosa significa? Andate a vedere il sito: <http://www.retirement-jobs.com>. Fondato nel 2005, è uno dei siti più attivi di collocamento professionale per pensionati: proprio così, per pensionati.

Questo è l'inizio di un lungo articolo sulle nuove esperienze di "pensionamento" comparso su "R2" di Repubblica il 25 aprile di quest'anno. Interessante che sia uno dei siti di collocamento professionale più in crescita degli ultimi tempi. Ma cosa sta succedendo? La pensione, il lasciare il lavoro per il "meritato riposo" non è più così appetibile per gli anziani? In realtà l'invecchiamento attivo, (e produttivo) è una delle risposte positive necessarie per non diffondere una visione negativa dell'ormai consolidata rivoluzione demografica cioè del miglioramento complessivo dello stato di salute e di sopravvivenza degli anziani di oggi e probabilmente di domani. Il lavoro come gratificazione e non come dannazione, come alternativa al pensionamento inattivo, per gli anziani è e sarà possibile? Vi sono due considerazioni complementari che possono dare qualche strumento di comprensione in più, una di ordine analitico e di conoscenza dei dati reali della situazione (qual è la situazione del lavoro dei pensionati in Italia? Ci sono esperienze europee positive di lavoro dei pensionati?) e l'altra più di ordine socio-antropologico (la crisi dei "cicli di vita"), derivata dai comportamenti e dagli stati d'animo che li accompagnano.

a) **La situazione:** per chi volesse approfondire il tema di anziani e lavoro è bene legga il libro curato dall'ex ministro Tiziano Treu "L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età" (Ed. Il Mulino, Bologna 2012) che si occupa di analizzare i dati del lavoro dei pensionati a livello nazionale e internazionale. Quanti sono gli anziani che ancora lavorano? Nel 2008 in Italia il 20% dei 60-64enni, il 7,6% dei 65-69enni, ma nel Regno Unito, ad esempio, vi è già una percentuale doppia: 45,7% e 16,9% rispettivamente (Treu, 2012 op. cit. pag. 251, Tabel-

la 4)! Effetto Thatcher? Forse, ma certo nel paese a più vecchia industrializzazione e mondializzazione economica dell'Europa non si può non pensare che sia un'anticipazione di ciò che potrebbe succedere anche qui. Infatti, non sembra che sia il bisogno, la povertà a condizionare la prosecuzione del lavoro, anzi semmai sembra un privilegio delle professioni e delle classi dirigenti, che meno devono fare i conti con la povertà, ma certo anche con lavori fisicamente faticosi. Di fatto la distribuzione di chi lavora dopo i 60 anni non è omogenea per titolo di studio. I 60enni laureati italiani lavorano nel 47,4% dei casi, mentre i coetanei con licenza media inferiore nel 14,8% solamente. Questo è più o meno vero in tutti i paesi europei. L'ISTAT nel 2009 ha condotto una ricerca su un campione di 5.910 individui di età compresa fra i 55 e i 74 anni in pensione da lavoro da almeno 12 mesi. La ricerca conferma i dati generali per quanto riguarda i 60-64enni tra i quali il 20% ha un reddito da lavoro che si aggiunge alla pensione, mentre fra i 65-69enni il dato di quanti hanno un reddito da lavoro è un po' più alto di quello generale: 12,3% vs 7,6%. Anche in questa ricerca avere un reddito da lavoro aggiuntivo a quello della pensione significativo (almeno 3.000 euro/anno) disegna un profilo preciso: riguarda un maschio fra i 60 e i 65 anni, con diploma superiore o laurea, che ha svolto mansioni di quadro o di dirigente, oppure, in subordine di imprenditore o lavoratore autonomo (Treu, 2012 op. cit. pag. 259). Questi dati confermano che il lavoro in età anziana oggi riguarda una categoria di privilegiati e non può essere il modello cui ispirarsi per prevedere strategie che favoriscano il lavoro in età anziana di popolazioni consistenti di lavoratori dipendenti. Per chi ha svolto mansioni più fisicamente impegnative, con predominanza dei lavori manuali, la prosecuzione del lavoro dopo l'età della pensione non è desiderabile, ma ancor più vi sono molti pregiudizi da parte delle imprese ad avvaler-

si di maestranze anziane. I motivi addotti sono essenzialmente tre: resistenza al cambiamento, prestazioni inferiori, costi più alti rispetto ai giovani (Treu, 2012 op. cit. pag. 163). Più che di giudizi si tratta di pregiudizi non provati, che alcune esperienze sembrano contraddire in gran parte. Per superare questi stereotipi è utile conoscere l'esperienza del reparto 2017 della BMW in Bassa Baviera. In questa azienda si è provato nel 2007 a fare i conti su come sarebbe stata la distribuzione per età, senza correttivi, nella coorte degli operai dieci anni dopo, nel 2017, quando l'età media sarebbe passata da 39 a 47 anni. Si è poi riprodotta tale prevedibile situazione, costituendo un reparto con una percentuale del 30% di lavoratori anziani, denominato "reparto 2017" ma conosciuto come "linea dei pensionati". Gli operai anziani attraverso *workshop* diedero consigli per il miglioramento delle postazioni e dei metodi e tempi di lavoro rendendoli più adatti alla loro età. In pochi mesi la produttività salì del 7%, le assenze dopo un anno erano stabili al 2% (contro il 7% dell'inizio), l'affiatamento era alto, e il costo di investimento per le modifiche molto basso. La BMW sta estendendo l'esperimento ad altri reparti. Vi sono poi altre esperienze, anche italiane, che invece puntano sull'organizzazione del *welfare* aziendale (Luxottica ad esempio) o sulla trasmissione di contenuti e di *knowledge management* da parte dei più anziani verso i più giovani (le "comunità pratiche" dell'ENI), tutte iniziative che stanno dando buoni risultati.

- b) **La crisi dei "cicli di vita"**: tutti parliamo di "terza età" e di una vita divisa in diverse età, ma la sua definizione è in crisi da tempo. Da una parte non ha più senso la divisione fra una prima età in cui si impara, una seconda in cui si lavora e una terza in cui si riposa (più eventualmente una quarta in cui ci si cura). Il tempo di validità delle nozioni e delle abilità apprese è oggi assai ristretto e non esiste quasi professione in cui non sia necessario anche investire una parte del proprio tempo per migliorare o aggiornarsi, pena la perdita di efficacia del proprio apporto lavorativo. Ciascuna di queste attività (apprendimento, lavoro, riposo) è in realtà presente in ogni momento della vita, certamente con percentuali di distribuzione diverse ed escludendo i periodi della dipendenza (infanzia ed estrema vecchiaia). Dall'altra parte il ciclo biologico, quello economico, quello sociale e perché no, quel-

lo spirituale, fanno fatica a coincidere, anche se in qualche modo tendono ai compensi. A che età si lascia l'adolescenza e si diventa adulti? Apparentemente su certi aspetti vi è un anticipo costante di tale età (vedi ad esempio il menarca sempre più precoce, così come l'età delle esperienze sessuali), ma a questo anticipo biologico non corrisponde affatto un anticipo dell'autonomia economica e sociale dei giovani, anzi semmai il contrario. Lo stesso avveniva per l'età anziana negli anni scorsi: l'aspettativa di vita e anche e soprattutto l'aspettativa di vita "attiva", libera da disabilità, aumentava costantemente, mentre l'età di pensionamento si abbassava. La crisi economica ha posto brutalmente il problema dei cicli economici e dei costi di tale tendenza, invertendola *ope legis* con le tensioni sociali conseguenti e senza mettere in discussione come le sedi di lavoro avrebbero potuto accogliere l'aumento dei lavoratori anziani. Ma si può osservare che apprendimento e produttività sono interconnessi e i dati migliori dal punto di vista produttivo sono realizzati in quei paesi e in quelle situazioni che più investono nella formazione. Questo sta portando a fenomeni, per ora di "nicchia", di ribellione al ciclo di vita pre-determinato, cui si cerca di rispondere in vario modo, avendo forse come base le teorie della "decrecita felice" di Serge Latouche. Ovvero: "pensionarsi" in età giovane adulta, godersi la vita il più possibile lavorando il minimo, promettendo di lavorare poi fino ad età avanzata. Questi esempi, che pure nel mondo anglosassone hanno fatto scalpore e creato una sorta di movimento, sono a ben vedere possibili per chi può permetterselo, ben lontani dalla scelta radicale delle comunità *hippies* degli anni '60. Questi tentativi di invertire il ciclo di vita paiono essere figli della visione narcisistica e un po' disperata di chi in realtà non crede più ai destini del mondo né pensa sia utile contribuirvi, mentre non v'è in essi nessuna forza di messaggio universale, nessuna spinta universalistica come nei grandi movimenti giovanili del passato.

Sono tutti fatti che mettono in evidenza la necessità di accogliere con favore qualunque cambiamento della struttura della distribuzione del tempo di vita che aiuti a considerare ogni "passaggio" in termini di libertà di scelta e di flessibilità e non come oggetto solo di regole e di norme. Per far sì che il lavoro possa essere momento remunerativo e soddisfacente anche per le età

in cui una volta si andava in pensione, non è certo sufficiente stabilire delle normative che alzano l'età del pensionamento, spesso controproducenti. Le cose funzionano solo laddove si cerca di modificare l'organizzazione del lavoro attraverso l'applicazione di orari di lavoro più flessibili, di miglioramenti ergonomici con attenzione alla salute e al benessere, garantendo mobilità verso ruoli più adatti all'età e revisionando il sistema delle carriere, valorizzando le conoscenze degli anziani anche attraverso una diversa strategia di comunicazione aziendale e di percorsi di formazione. Meglio se accompagnata da una sufficiente flessibilità delle norme che regolano i passaggi dal lavoro alla pensione (*part time*, pensionamento parziale o intermittente, *job sarin*, ecc.). Se, come conclude Simone de Beauvoir nel suo "La terza età" (Ed. Einaudi, Torino 2002) per riscattare la condizione degli anziani non basta pagare di più le pensioni o migliorare i servizi, "ma è tutta la vita che va cambiata", quale cambiamento più radicale di quello proposto da Woody Allen?

"Tanto per cominciare si dovrebbe iniziare morendo, e così il trauma è bello che superato. Quindi ti svegli in un letto di ospedale e apprezzi il fatto che vai migliorando giorno dopo giorno. Poi ti dimettono perché stai bene e la prima cosa che fai è andare in posta a ritirare la tua pensione e te la godi al meglio. Col passare del tempo le tue forze aumentano, il tuo fisico migliora, le rughe scompaiono. Poi inizi a lavorare e il primo giorno ti regalano un orologio d'oro. Lavori quarant'anni finché non sei così giovane da sfruttare adeguatamente il ritiro dalla vita lavorativa. Quindi vai di festino in festino, bevi, giochi, fai sesso e ti prepari per iniziare a studiare. Poi inizi la scuola, giochi con gli amici, senza alcun tipo di obblighi e responsabilità, finché non sei bebè. Quando sei sufficientemente piccolo, ti infili in un posto che ormai dovresti conoscere molto bene. Gli ultimi nove mesi te li passi flottando tranquillo e sereno, in un posto riscaldato con room service e tanto affetto, senza che nessuno ti rompa i coglioni. E alla fine abbandoni questo mondo in un orgasmo".

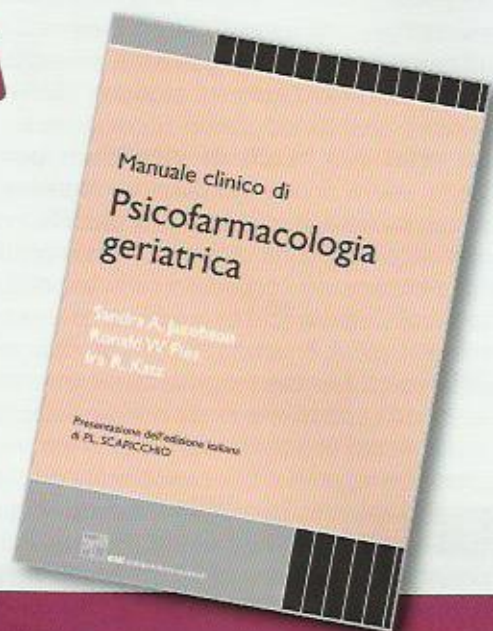
Woody Allen

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

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Presentazione dell'edizione italiana
di P.L. Scapicchio

Volume di 832 pagine
F.to cm 16x23
€ 70,00



CIC Edizioni Internazionali

L'habitat protetto per l'invecchiamento in Europa

Buone prassi internazionali e realtà sperimentali in Lombardia

Marco Predazzi

Fondazione "Il Melo" onlus, Gallarate (MI)

“Più che l'onore poté il digiuno...” scriveva Fabrizio De Andrè nella famosa ballata di Carlo Martello; “più che la cultura poté la crisi...” si potrebbe dire del tardivo, ma provvidenziale interesse risorto nelle sedi istituzionali per i nuovi modelli e politiche dell'habitat protetto per l'invecchiamento.

Un tema, questo, vitale per il rinnovamento e la sostenibilità dell'intero sistema di welfare, non solo per la nostra regione e il nostro Paese in crisi, ma per l'intero mondo occidentale alle prese con l'invecchiamento incalzante delle sue popolazioni.

La progettazione dell'habitat è al crocevia delle diverse problematiche del welfare, rappresentando una variabile determinante per la sostenibilità economica di ogni progetto futuribile per l'invecchiamento demografico, una prospettiva che l'attuale sistema, imperniato sulla proliferazione di modelli costosi e complessi come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) non potrà a lungo sostenere.

È un terreno su cui molto si è detto e molte buone prassi sono state attuate, ma è uno spazio ancora tutto da esplorare se si vuole affrontare la sfida che da un lato pone in gioco valori sostanziali del percorso esistenziale personale e dall'altro coinvolge scelte programmatiche e risposte strutturali ad un sistema sociale alle prese con risorse sempre più critiche.

UNA VISIONE CULTURALE ALLA PROVA DELLA PROGETTUALITÀ

Towards a society for all generation: l'indicazione cultu-

rale dell'ONU, in occasione dell'anno mondiale dell'invecchiamento nel 1999, ha segnato un concept culturale di estrema importanza, il cui banco di prova è proprio la capacità progettuale, la possibilità di dare vita a prassi metodologicamente innovative ed informare di sé anche gli aspetti più strutturali ed operativi della programmazione sociale.

È su questo terreno che la cultura dell'arco di vita, visione globalista e integrata delle dinamiche generazionali contrapposta alle secche specialistiche e ghettizzanti della vecchia gerontologia, può e deve mostrare la sua reale consistenza concettuale e la sua potenzialità innovativa.

In ambito gerontologico un tema centrale, che costituisce una sorta di cartina al tornasole rivelatrice di concezioni ideologiche, contesti storici, situazioni demografiche, scelte di politica sociale e sanitaria è quello dell'habitat. Intorno alle scelte sull'habitat, connesse con l'ambiente di vita e le relazioni sociali, possono essere decofinite le diverse concezioni culturali e politiche succedutesi nel tempo e nei diversi contesti sociali.

Dall'autarchia auto assistenziale della famiglia multi generazionale contadina di fine Ottocento agli ospizi-caserma delle società industriali inurbate tra le due guerre, dall'evoluzione sanitarizzata delle case di riposo della geriatria illuminata degli anni '60, alla rigorosa e rigida codificazione degli standard strutturali ed assistenziali degli anni '80, ogni scelta e tipologia operativa in materia di habitat per l'invecchiamento si mostra in tutto figlia e partecipe delle visioni culturali del tempo. Una cultura innovativa dell'arco di vita non può dunque sottrarsi alla prova della progettualità sull'habitat.

LO STATO DELL'ARTE IN EUROPA

Le politiche per l'*habitat* gerontologico adottate nei diversi Paesi europei possono essere tassonomicamente ricondotte ad alcune macroaree: singoli alloggi, di edilizia pubblica o privata, divenuti oggetto di specifici interventi di adeguamento; appartamenti sempre di tipo individuale che, per scelta funzionale o per motivazioni sociali, si presentano "accorpati" in soluzioni residenziali di prossimità più complesse e organizzate; soluzioni abitative con servizi di protezione a vario livello realizzate sulla base di strategie operative diverse e con diversa intensità assistenziale; micro comunità organizzate su principi di *co-housing* su base motivazionale o assistenziale; residenze comunitarie di media e grande dimensione a vario grado di sanitarizzazione.

Nei modelli operativi delle migliori e più avanzate esperienze europee "molteplicità" e libertà di scelta, "plasticità" e adattabilità dinamica, "intergenerazionalità" nella progettazione si ritrovano efficacemente applicate e interagite, offrendo un panorama culturale ed operativo da cui è possibile estrapolare un ulteriore contributo metodologico con l'identificazione di alcuni punti fermi di grande rilevanza strategica.

Il primo, in tema di possibilità di scelta e di libertà individuale, è il concetto di "ventaglio", l'*eventail*, parola d'ordine del Congresso di Nantes del 1999 *à chacun sa vieillesse*, l'impegno a garantire alla popolazione senescente la possibilità di scelta tipologica più ampia possibile tra soluzioni abitative ed opzioni di protezione in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali. Sotto questo profilo, l'apparentemente caotico e "disordinato" panorama europeo esprime in realtà un patrimonio straordinario di creatività operativa e adattabilità all'ambiente e alle culture locali, un quadro che disorienta tassonomisti e burocrati, ma che rappresenta un vero e proprio inno alla "biodiversità" dei sistemi sociali umani.

Il secondo elemento che emerge con grande evidenza in particolare dalle politiche sociali di successo dei Paesi del Nord Europa, è quello che si potrebbe definire *habitat-pod*, l'*habitat* come "piattaforma", un concetto vincente per il buon esito delle diverse forme e strategie di *home care*, la cui efficacia sembra fortemente correlata con l'esistenza appunto di uno scheletro strutturale e abitativo su cui appoggiare ed articolare i servizi. L'esistenza di una rete strutturata ed ar-

ticolata delle soluzioni abitative intermedie rappresenta la condizione necessaria al fine di poter "appoggiare" efficacemente i progetti di *home care* su un terreno strutturale adeguatamente attrezzato per fare da supporto alle azioni più propriamente assistenziali e di protezione.

Il terzo concetto, l'interpretazione operativa di una concezione *lifespan*, appare nelle sue applicazioni radicali tanto lapalissiano quanto culturalmente rivoluzionario: adeguare alloggi e supporti socio-sanitari alla persona nella sua abitazione invece di costringerla a migrazioni forzate attraverso strutture a diversa intensità assistenziale: l'auspicata "plasticità evolutiva" fatta sistema. Confrontare l'adattabilità e dinamicità di questo principio osservandone le applicazioni "in opera" del modello olandese e scandinavo con la rigidità bizantina e fiscale delle classificazioni autorizzative italiane dà la misura di quanto questo principio, di per sé semplice e condivisibile, rappresenti in realtà una vera e propria rivoluzione metodologica del sistema di *welfare*: deformalizzato e affidato alle comunità locali il primo, ipercodificato e centralizzato il secondo.

Un ulteriore elemento, il quarto, emergente con sempre maggiore chiarezza dal panorama europeo degli ultimi anni è l'affermarsi progressivo di quella che potrebbe essere definita un'"architettura globale", l'adozione di un orizzonte multigenerazionale nella progettazione abitativa sociale. Un *social housing* che non è più semplicemente circoscritto all'emergenza abitativa e alla realizzazione di "case popolari" e neppure limitato alla mera realizzazione dei classici "minialloggi per anziani", ma appare lanciato verso una progettazione globale di spazi di socialità, servizi e protezione in cui la multigenerazionalità e l'integrazione urbana rappresentano gli elementi fondanti.

Un ultimo "punto fermo" strategico delle buone pratiche europee è il *network* operativo, il lavoro in rete applicato sul campo e non semplicemente enunciato come principio. L'integrazione reale delle risorse delle reti informali e delle risorse strutturali, la convergenza sull'obiettivo delle competenze pubbliche, non profit e private, le sinergie di prossimità e le economie di scala nelle politiche sociali di successo sono tutti elementi coesi in un *continuum* inestricabile che è il vero segreto dell'efficacia operativa e della sostenibilità economica dei sistemi che oggi appaiono più evoluti.

IL TREND EUROPEO: VERSO UNA "DOMICILIARITÀ GLOBALE"

Il quadro programmatico delle diverse politiche nazionali appare allo stato attuale soggetto a notevoli variazioni nei diversi paesi, in base al diverso peso degli investimenti economici per la spesa sociale per la popolazione anziana, che variano dallo 0,09% del PIL greco al 2,33% del PIL svedese, ma soprattutto in relazione alla prevalenza data alle soluzioni di ricovero istituzionale piuttosto che alle strategie di *Home Care*. L'analisi della ripartizione tra queste due modalità di intervento ad un primo sguardo appare sconcertante in quanto paradossalmente mostra la più alta percentuale di persone assistite in residenze istituzionali proprio nei paesi a più alto investimento domiciliare.

Questo dato, se da un lato sembrerebbe rappresentare il fallimento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione da parte dell'*home care*, dall'altro appare più comprensibile alla luce del fatto che nella maggior parte delle realtà nazionali le residenze semplicemente socio-assistenziali superano per posti-letto le istituzioni di ricovero sanitarizzate e che quindi ancora una volta le soluzioni abitative "leggere" giocano un ruolo importante nello spazio intermedio di protezione tra domicilio privato e residenze propriamente a carattere sanitario, destinate eminentemente ai percorsi di fine vita. Residenze protette intermedie ed *home-care* non devono infatti essere intesi come domini contrapposti, ma piuttosto come supporti sinergici per la realizzazione di un sistema integrato il più possibile adattabile alla complessità e variabilità delle domande. La percentuale di persone over 65 che ricevono cure domiciliari di lungo termine traccia una chiara linea di separazione tra il Nord dell'Europa, con punte oltre il 20% della popolazione anziana in Danimarca, Olanda, Islanda e i paesi nordici in generale sopra il 10% e l'area-sud, sotto la media europea del 7-8% nel 2009 con un dato italiano stimato intorno al 3% (dati della *Conference on Healthy and Dignified Ageing* di quell'anno). Questa radicale differenza corrisponde alla reale demarcazione tra le politiche di medio-lungo termine dei paesi del Nord Europa che hanno adottato da molto tempo linee-guida progettuali strategiche per l'invecchiamento demografico e nazioni con sistemi legati alla risposta immediata all'emergenza senza ancora un'elaborazione prospettica precisa per il prossimo futuro del loro *welfare*.

In questo modo la Finlandia, mantenendo e potenziando i propri servizi di *home-care*, attestati intorno al 10,7% di una popolazione anziana sempre in crescita, ha ridotto l'istituzionalizzazione degli anziani dal 6,2% del 1995 al 2,5% del 2010; meglio ha fatto la Danimarca che dal 1987 al 1996 ha ridotto i posti letto istituzionali da cinquantamila a trentaseimila unità, portate poi, nel 2006, a ventiseimila unità, a fronte di una residenzialità sociale passata a quarantatremila unità, il tutto mentre in Italia l'*home-care* (1999-2009) passava dal 3 al 3,2% e i ricoveri in istituto dal 2,7 al 3%.

Una circoscritta sottoanalisi della realtà belga mostra un piccolo ma significativo dato sulle potenzialità di queste politiche di protezione territoriale: nella regione fiamminga, dove la funzione dei servizi di supporto domiciliare raggiunge quote del 30%, il ricorso a cure mediche è stimato intorno all'8%, contro un 17% dell'area Bruxelles dove l'*home-care* non supera il 13%. Se dunque esiste in Europa un trend virtuoso da considerare come riferimento positivo per le necessarie politiche del futuro è quello dell'investimento sulla "domiciliarità globale", un termine che nelle realtà evolute non comprende solo servizi, ma sostanziose politiche di *housing* sociale e reti operative a forte integrazione di competenze.

IL "CASO ITALIA"

Come è noto l'Italia è oggi, con la Germania, il Paese europeo con il più alto tasso di invecchiamento, il che equivale ad esserlo nel mondo; ciononostante è il paese che nell'Europa dei 15 presenta una tra le percentuali più basse di anziani assistiti in istituzione e a domicilio, seguito solo da Spagna, Portogallo e Grecia, e, quel che è peggio, non sembra al momento aver evidenziato per il futuro alcuna strategia nazionale in proposito, alcuna di quelle linee-guida che la maggior parte dei Paesi europei sembra aver adottato da almeno un decennio. I dati ISTAT più attuali documentano un 4,9% di diffusione dei servizi domiciliari contro una media europea arrivata al 13% nelle stime più recenti e un 3% di residenzialità istituzionale contro valori europei del 6-8%, a fronte di un trasferimento monetario diretto, attraverso le indennità di "accompagnamento" decisamente più alte dei partner europei, con un divario tutto nazionale tra un Nord più ricco di servizi con minore ricorso alle pensioni e un Sud poco servito e molto "accompagnato".

Ad una palese carenza di programmazione di medio e lungo termine si aggiunge una peculiare rigidità dei sistemi autorizzativi e di accreditamento che, pur con alcune variabili regionali, rende estremamente difficile la sperimentazione di nuovi modelli e l'adozione di politiche innovative per l'abitare protetto della popolazione senescente, per cui la presenza di supporti abitativi intermedi per l'*home-care* di cui si è evidenziata la grande importanza strategica rimane un evento tuttora sporadico sul territorio.

Nel decennio 1999-2009 la percentuale di persone anziane è passata in Italia dal 18 al 20,3%, a fronte di un incremento dello 0,3% della recettività residenziale e una sostanziale stabilità di un *home-care* che per giunta soffre tuttora di una sostanziale latitanza di quella rete abitativa protetta che come si è evidenziato in precedenza rappresenta l'elemento chiave del successo delle migliori politiche territoriali europee. Prima che stanziamenti e moltiplicazioni acritiche di posti-letto servono oggi linee programmatiche per il medio e lungo termine, adeguatamente preparati da una seria riflessione strategica, fondata su esperienze e buone pratiche documentate; sperimentazioni validate di modelli innovativi; agevolate da una sostanziale de-burocrazia degli attuali asburgici criteri di accreditamento; sostegno all'*housing* sociale, riqualificato e premiato sulla base della reale cifra sociale della progettazione; decentramento amministrativo, restituendo agli Enti Locali quelle responsabilità autorizzative e di vigilanza che hanno fatto la fortuna dei sistemi più evoluti del Nord Europa.

Nel 2012 la Regione Lombardia, dopo un quarto di secolo, ha riaperto i primi spiragli istituzionali per la sperimentazione sociale, parallelamente la lungimiranza di Fondazione CARIPLO, attraverso il braccio secolare della Fondazione per l'*Housing* Sociale ha attivato un percorso di ricerca e documentazione della sussistenza territoriale di esperienze emblematiche di soluzioni intermedie di *habitat* protetto a destinazione gerontologica: il tempo della riflessione e della sperimentazione è appena iniziato, ma apre una fase di grande rilevanza strategica per un futuro dell'intero sistema di *welfare*.

“ABITARE LEGGERO”: IL FUTURO IN LOMBARDIA È GIÀ COMINCIATO

“Abitare leggero”, la ricerca promossa dalla Fondazione per l'*Housing* Sociale di Fondazione Cariplo con la

Cooperativa Sociale “La Meridiana” di Monza, il coinvolgimento di realtà territoriali, studiosi ed esperti della gerontologia lombarda è ormai alle sue battute conclusive. L'oggetto della ricerca, la documentazione sullo stato dell'arte della residenzialità “intermedia” per l'invecchiamento sul territorio lombardo e nelle esperienze emblematiche della sperimentazione internazionale, appare oggi un oggetto meno misterioso e una realtà gravida di promesse per un futuro che è già cominciato.

I dati numerici sintetizzati nel box riassuntivo (riportato a piè pagina) danno ragione non solo di un percorso di ricerca di tutto rispetto ma anche, e soprattutto, della consistenza e della vitalità di un settore di sperimentazione che in Lombardia appare sempre meno legato ad esperienze singole estemporanee, ma piuttosto sembra delineare un vero e proprio sistema parallelo al set tradizionale dell'offerta istituzionale delle RSA.

Un sistema ancora multiforme in cui convivono realtà quasi “familiari” e residenze comunitarie di maggiore consistenza, risorse di volontariato ed investimenti professionali, soluzioni di accoglienza temporanea e vere e proprie definitive scelte di vita, il tutto però all'interno di una cultura condivisa a dispetto delle diverse *mission*, fondata sulla solidarietà, la relazione d'aiuto, il rispetto dell'identità, la libertà di scelta, la continuità assistenziale, la passione per una vita attiva divisa tra *privacy* e *socialità*, tutti valori messi in campo all'interno di un fondamentale impulso creativo ed innovativo in un settore da troppi anni ingessato in soluzioni standardizzate e protocolli normativi.

I NUMERI PESANTI DI ABITARE LEGGERO

- 61 servizi censiti
- 9 province rappresentate
- 961 posti disponibili nelle tre tipologie: abitativa, comunitaria, semiresidenziale integrata (diurna o notturna)
- 89 modalità di accoglienza dichiarate (nelle diverse combinazioni possibili)
- 464 appartamenti (529 posti complessivi)
- 326 posti in residenzialità comunitaria
- 106 posti semiresidenziali integrati

Ad oggi sono stati completati, oltre alle normali riunioni di lavoro e seminari intermedi:

- 3 focus group con gestori
- 1 focus group con esperti
- 1 workshop tra gestori e operatori del settore abitativo
- 52 risposte al questionario sulle ipotesi di lavoro
- 52 questionari regionali e organizzativi
- 45 questionari sulla qualità architettonica
- 101 interviste sul campo
- 6 valutazioni architettoniche sul campo
- 300 valutazioni VAOR LTCF

Un ritorno ad una dimensione più familiare e domestica per affrontare le limitazioni e le problematiche dell'invecchiamento, una strada che nei paesi a più avanzata evoluzione sociale si pratica da anni senza nulla perdere in termini di efficacia assistenziale e sanitaria, e che finalmente oggi trova apprezzamento e interesse progettuale anche nelle intenzioni programatorie della regione Lombardia.

Proprio al Programmatore Regionale il lavoro di ricerca dell'équipe di "Abitare leggero" indirizza le proprie acquisizioni e le proprie proposte, con l'intento di contribuire da un lato all'emersione di un'importante area di sperimentazione territoriale tuttora orfana di uno statuto istituzionale e dall'altro consapevole di interpretare un ruolo strategico nell'innovazione del sistema di welfare del prossimo futuro di Regione Lombardia.

Per una volta un evento negativo come la crisi economica, anziché fungere da freno all'innovazione, agisce al contrario come acceleratore dei tempi del cambiamento, intrecciando la progressiva maturazione di nuovi modelli culturali con l'esigenza tutta economica di approdare a soluzioni più leggere e praticabili per un futuro chiamato a coniugare qualità e sostenibilità, apporti istituzionali e risorse umane, tecnologia e umanità. Le esperienze di "Abitare leggero" testimoniano che è un'utopia possibile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- Document de reference AMF www.amf-france.org/DocDoil/txtint/_/2012.
- EAC HousingCare.org info@eac.org.uk.
- Ensemble2Génération logement intergénérationnel www.ensemble2generations.fr/.
- European social network «Services for older people in Europe» 2008.
- Carabelli G, Facchini C, (a cura di). Il modello lombardo di welfare. ed. F. Angeli, 2011.
- Gori C. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. ed. Maggioli, 2010.
- Housing care org Regno Unito www.housingcare.org.uk.
- Housing for elderly in Denmark www.arch-lab.polimi.it/Social Housing/Den.
- Wonen info www.wonwv.info.
- Le foyer «kangourou» Bruxelles www.questionsante.be/.
- Memorial Journal officiel du Grand Duché de Luxembourg A/n 107 13/07/2010
- Predazzi M, Vercauteren R, Loriaux M. Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. UE, 2000.
- Predazzi M. La cultura dell'arco di vita. In Guerci A. Living and curing old age in the world ed. ERGA, 2002.
- Osservatorio Europeo dei Social Housing 2008 CECODHAS observatory@cecodhas.org/.
- Rapp A. Una residenza d'avanguardia per anziani. Domus www.domusweb.it/.

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

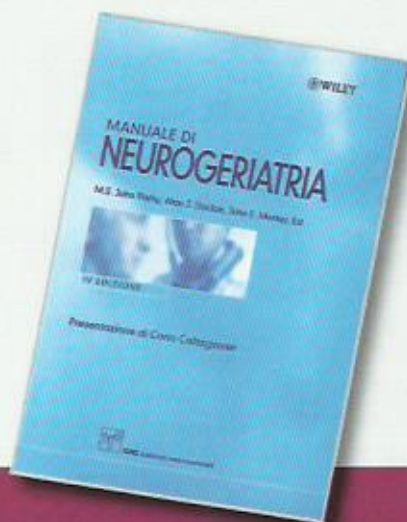
MANUALE DI NEUROGERIATRIA

IV Edizione

Presentazione di Caltagirone C.

Volume di 588 pagine

€ 60,00



CIC Edizioni Internazionali

Continuità assistenziale ospedale-territorio: modello di sinergia tra i presidi ospedalieri e i servizi territoriali nei distretti 6 e 7 dell'ASL TO2 – Regione Piemonte

Franco Cirio*, Giuliana Pochettino**, Michele Ceruti***, Silvio Geninatti****

* Direzione Distretto Circ. 6 – ASL TO2; Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Torino

** Direzione Distretto Circ. 7 – ASL TO2

*** Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Torino

**** SoS Ricerche Statistiche ed Epidemiologiche – ASL TO2

RIASSUNTO

Il miglioramento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio costituisce una necessità evidenziata a livello nazionale e regionale. Per individuare forze e limiti dell'attuale modalità di gestione della continuità assistenziale è stata condotta nella ASL TO2 del Piemonte una ricerca sulle caratteristiche dei soggetti segnalati, i tempi e le modalità di attivazione delle risposte e i rischi di ricovero inappropriato. È confermata la netta prevalenza di segnalazione dai reparti di medicina (46%) mentre i servizi più frequentemente attivati risultano le Case di cura (16%) e le Cure domiciliari (15%). I ricoveri ripetuti sono numerosi, anche nei 10 giorni successivi l'attivazione dei servizi di continuità assistenziale. Emerge l'aumento di segnalazioni da centri e strutture per pazienti precedentemente inseriti per brevi periodi, ma con necessità e bisogni irrisolti. Risulta infine un maggior rischio di ricovero inappropriato fra i pazienti inseriti in Lunga assistenza, in base alla minor autonomia del paziente e alla minor affidabilità o presenza dei familiari. Dallo studio emerge la necessità di testare nuovi indicatori di fragilità clinica e sociale, da correlare all'efficacia "protettiva" degli interventi assistenziali attivabili. Emerge altresì, in considerazione dell'attuale restrizione delle risorse economiche, la necessità di modulare l'assistenza domiciliare, prevenendo e monitorando nel tempo i mutamenti delle

condizioni cliniche e di sostegno familiare e rivalutando tempestivamente l'adeguatezza delle cure.

CONTESTO

La presenza negli ospedali di un numero sempre più elevato di pazienti cronici, con pluripatologie, complessi per la coesistenza di problematiche sanitarie e socio-assistenziali comporta spesso un allungamento dei tempi di degenza, soprattutto per la necessità di intervento di servizi esterni alle strutture. Questi stessi pazienti rappresentano una quota importante di coloro che giungono in Pronto Soccorso, espressione di una difficoltà nella gestione domiciliare sia da parte dei familiari che dei sanitari (1, 2-4).

Da qui la necessità di migliorare la continuità assistenziale tra l'Ospedale e l'offerta socio-sanitaria territoriale da parte dei Distretti delle ASL e individuare in modo precoce i diversi bisogni clinico-assistenziali attraverso procedure che permettano l'inserimento del paziente in percorsi in cui siano previsti interventi multidisciplinari finalizzati alla modalità di dimissione più appropriata e la presa in carico avvenga in tempi rapidi, al fine di non creare inefficienza nel sistema (5-7). La mancata continuità assistenziale impatta fortemente sulle prestazioni sanitarie erogate in ambito ospedaliero con "difficoltà" nella dimissione, allungamento

dei tempi di degenza, nonché un allungamento dei tempi di attesa per ricoveri programmati e una diminuzione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate (8).

Inoltre tale carenza comporta anche rilevanti costi aggiuntivi per il paziente e per il sistema sanitario correlati ad un ricorso improprio a servizi di Pronto soccorso con, a volte, ricoveri ospedalieri o invii in Servizi socio-sanitari non del tutto appropriati sul piano clinico, ma necessari per la concomitante presenza di condizioni di non autosufficienza correlata ad assenza di un adeguato supporto familiare.

La Regione Piemonte, già nel dicembre 2004, con la DGR n° 72-14420 ha invitato le ASL a istituire delle Centrali operative che si interfacciassero con gli Ospedali per l'attivazione di percorsi di continuità assistenziale post ricovero (9). Dette centrali sono state istituite nelle ASL piemontesi con modalità organizzative molto eterogenee tra loro. Non a caso, nel marzo 2012 la Regione Piemonte ha deliberato una nuova DGR n. 27-3628 contenente un modello organizzativo di riferimento, con solo alcuni elementi personalizzabili da parte delle singole ASL (10,11).

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA CENTRALE OPERATIVA DISTRETTUALE PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (C.O.C.A.) DEI DISTRETTI CIRCOSCRIZIONE 6 E 7 DELL'ASL TO2

La Centrale presidiata da personale infermieristico e di assistenza sociale dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00, accoglie, 24 ore su 24, tramite fax, segreteria telefonica o mail, le segnalazioni delle unità operative e dei Pronto Soccorso degli ospedali regionali.

In questi anni il processo di raccolta delle informazioni da parte della C.O.C.A. si è affinato ed evoluto, dapprima definendo i flussi informativi che devono intercorrere tra Ospedale e C.O.C.A. e successivamente concordando con i presidi ospedalieri di maggiore riferimento (San G. Bosco dell'ASL To 2, Cottolengo, Gradenigo) la segnalazione precoce dei casi (orientativamente entro 72 ore dal ricovero) e una visita/colloquio dell'assistito, svolta dal personale infermieristico della C.O.C.A., presso l'unità operativa entro 48 ore

dalla segnalazione.

I setting di cura proponibili alla dimissione sono i seguenti: Cure domiciliari di acuzie/post acuzie, Cure palliative, ricoveri nei Nuclei di Dimissione ospedaliera protetta delle Residenze Sanitarie Assistenziali, Case di cura, Lungoassistenza domiciliare, Semiresidenziale e Residenziale (12, 13).

ANALISI DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE NEL 2011 E DELLE RISPOSTE ATTIVATE

Materiali e metodi

I dati relativi alle segnalazioni contenenti le informazioni necessarie ad impostare l'intervento di continuità assistenziale e monitorarne l'andamento sono stati estrapolati su foglio elettronico dai seguenti database dell'ASL TO2: "Continuità cure", "Triage Lungoassistenza domiciliare", "Schede Dimissione Ospedaliera" (SDO), "Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)", Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)". Nel dataset, reso opportunamente anonimo, sono stati successivamente esaminati i percorsi di ricovero ospedaliero ripetuto secondo i criteri meglio descritti nei paragrafi successivi. I dati sono stati analizzati mediante il software SAS 9.1 adottando tecniche SQL.

Risultati

Nel 2011 sono pervenute alla Centrale C.O.C.A. 1.395 segnalazioni di pazienti ricoverati che necessitavano di continuità di cure alla dimissione a fronte di 1.302 segnalazioni pervenute nel 2010. Tra gli Ospedali cittadini, il San G. Bosco è quello che ha fatto pervenire maggiori segnalazioni, in particolare provenienti dal Dipartimento di Medicina con 722 casi (86%), a fronte di 109 casi (13%) del Dipartimento Chirurgico (Tabb. 1 e 2) e ulteriori 12 casi segnalati dal Servizio Psichiatrico che però non sono stati considerati nello studio.

L'inserimento in Case di cura e il rientro al domicilio con l'attivazione di Cure domiciliari a prevalenza sanitaria (Servizio Infermieristico Domiciliare - SID e Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) costituiscono la maggiore risposta attivata, ciascuna per un 15,0% dei casi segnalati. Seguono gli inserimenti in Nuclei di Deospedalizzazione protetta presso Residenze per anziani (11,0%) e gli inserimenti a tempo indeterminato in Residenze per anziani non autosufficienti (6,0%) (Tab. 3).

Tabella 1 - Segnalazioni di cure continuative da parte dei presidi ospedalieri: confronto 2010-2011.

Presidio	N° Casi 2010	%	N° Casi 2011	%
Osp. S. G. Bosco	836	64,2	843	60,4
Osp. Gradenigo	196	15,1	242	17,4
Osp. Molinette	34	2,7	30	2,2
Osp. Cottolengo	22	1,7	35	2,5
Osp. CTO/Maria Adelaide	20	1,5	17	1,2
Osp. Amedeo/Birago	15	1,2	9	0,7
Osp. Mauriziano	9	0,7	13	0,9
Osp. OIRM/S. Anna	6	0,5	4	0,3
Osp. Maria Vittoria	5	0,4	6	0,4
Altri Osp. con 1-5 casi segnalati ciascuno	57	4,4	46	3,3
Case di Cura	102	7,8	150	10,8
Totali	1302	100,00	1395	100,00

Tabella 2 - Segnalazioni di cure continuative dai dipartimenti medico e chirurgico dell'Ospedale San G. Bosco.

Dipartimento	Unità operative	N° casi 2010	%	N° casi 2011	%
Medicina	Medicina	395	48,1%	389	46,8%
	Geriatria	164	20,0%	204	24,5%
	Neurologia	99	12,0%	74	8,9%
	Nefrologia	31	3,8%	34	4,1%
	Cardiologia	23	2,8%	21	2,5%
	Totale dipartimento	712 (86,6%)		722 (86,9%)	
Chirurgia	Ortopedia	60	7,3%	53	6,4%
	Chirurgia	44	5,4%	49	5,9%
	Urologia	6	0,7%	7	0,8%
	Totale dipartimento	110 (13,4%)		109 (13,1%)	
	Totale segnalazioni	822	100%	831	100%

In relazione alla riduzione delle risorse finanziarie delle ASL e dei Comuni, si evidenzia altresì l'aumento dei rientri al domicilio senza l'attivazione immediata di interventi di sostegno alla domiciliarità, ma con un inserimento in lista di attesa per la contribuzione economica dell'ASL e del Comune ad aiuti di Lungoassistenza domiciliare: assistenza familiare, affidi, telesoccorso, consegna pasti a domicilio, ecc. (incrementati dall'8,9% del 2010 al 10,3% del 2011).

Le segnalazioni pervenute dall'Ospedale di riferimento San G. Bosco differenziate per Dipartimento di Medicina e Dipartimento di Chirurgia sono state fatte oggetto di un'analisi comparativa della tipologia degli in-

terventi attivati, nonché della loro appropriatezza. Per valutare l'appropriatezza delle risposte assistenziali attivate sono stati analizzati i re-ricoveri ospedalieri occorsi nei tre mesi successivi.

I dati hanno documentato una minore attivazione delle Cure domiciliari e della Lungoassistenza domiciliare per i pazienti segnalati dal Dipartimento chirurgico e un maggiore invio degli stessi in Nuclei di deospedalizzazione protetta o Strutture residenziali a valenza riabilitativa e convalescenziaria. Un fenomeno analogo è stato riscontrato in modo ricorrente per 131 segnalazioni pervenute nel corso dell'anno 2011 dal Pronto Soccorso, relative a persone con bisogni assistenziali rilevanti, che

Tabella 3 - Servizi attivati alla dimissione ospedaliera.

Risposte attivate	N° Casi 2010	%	N° Casi 2011	%
Inserimento in Case di cura	237	18,2	217	15,6
Rientro al domicilio con Cure domiciliari SID/ADI	205	15,8	216	15,5
Inserimento in Nuclei di Deospedalizzazione protetta in Residenze	198	15,2	162	11,6
Rientro al domicilio con Inserimento in lista d'attesa per Lungo assistenza domiciliare	116	8,9	144	10,3
Inserimento in Residenza	76	5,8	85	6,1
Rientro al domicilio con Lungo assistenza domiciliare	55	4,2	66	4,7
Inserimento in Struttura di Lungodegenza dell'ASL TO2	39	3,00	55	3,9
Inserimento in Struttura di Riabilitazione dell'ASL TO2	6	0,5	13	0,9
Inserimento in Hospice	4	0,3	5	0,4
Rientro al domicilio con Inserimento in lista attesa per Residenza	4	0,3	11	0,8
Rientrati al domicilio senza attivazione aiuti, ma in accordo con assistito e familiari	59	4,5	108	7,7
Rientro al domicilio con Segnalazioni a MMG	134	10,3	113	8,1
Proseguo ricovero ospedaliero oltre i termini previsti di dimissione per aggravamento e successiva dimissione	42	3,2	56	4,0
Decessi prima della dimissione ospedaliera	127	9,8	144	10,3
Totali	1302	100	1395	100

non necessitavano di ricovero ospedaliero, ma che non potevano neppure rientrare al domicilio senza supporto. Per queste segnalazioni, la tipologia di risposta attivata era costituita da servizi immediatamente disponibili: ADI e SID (32,8%), ma soprattutto l'inserimento in Nuclei di deospedalizzazione protetta (67,2%).

Il confronto con le SDO relative ai pazienti segnalati dal San G. Bosco tra gennaio e settembre 2011, ha

invece evidenziato che dei 467 pazienti provenienti dal dipartimento di medicina, 141 (25,2%) hanno avuto un ulteriore ricovero nei tre mesi successivi (Tab. 4), mentre tra i pazienti provenienti dal dipartimento di chirurgia gli ulteriori ricoveri sono stati 33 (39,3%) (14).

L'analisi delle motivazioni cliniche che hanno indotto i successivi ricoveri (per alcuni casi anche plurimi) effet-

Tabella 4 - Ulteriori ricoveri ospedalieri a tre mesi dalla dimissione dall'Ospedale San G. Bosco.

Tempo intercorso tra dimissione dall'Osp. S. G. Bosco e ulteriori ricoveri	Dipartimento Medico		Dipartimento Chirurgico	
	N° re-ricoveri	N° re-ricoveri cumulativo	N° re-ricoveri	N° re-ricoveri cumulativo
Ricoveri entro 10° giorno	27	27	8	8
Ricovero tra 11° e 30° giorno	31	58	7	17
Ricovero tra 31° e 60° giorno	40	98	8	23
Ricovero tra 61° e 90° giorno	43	141	10	33
Totale	141 (25,2%)		33 (39,3%)	

tuata confrontando i DRG e le ICDIX-CM delle SDO, mostra nel dipartimento di medicina 108 (76,6%) casi di ricovero per medesima problematica clinica o per riacutizzazioni o complicanze ritenute dalla letteratura scientifica prevenibili e trattabili anche in ambiti non ospedalieri (ad esempio: edema polmonare in pazienti affetti da scompenso cardiaco trattato farmacologicamente, insorgenza di lesioni da pressione, infezioni polmonari in pazienti affetti da BPCO, ecc.). Nel dipartimento chirurgico invece si evidenziano 6 pazienti (18,2%) che sono stati successivamente ricoverati in

ospedale per insorgenza di infezioni prevenibili o per lo meno trattabili anche in ambito extraospedaliero (4 infezioni vie urinarie, 2 infezioni polmonari senza complicanze) (15, 16).

Il confronto tra i ricoveri ripetuti e la tipologia di aiuti attivati per pazienti provenienti dal Dipartimento di Medicina, sembra evidenziare negli interventi di Lungoassistenza domiciliare una minore capacità di "prevenire" successivi ricoveri ospedalieri rispetto ad altri interventi a maggiore valenza sanitaria, sia in ambito domiciliare (SID e ADI) che residenziale (Tab. 5).

Tabella 5 - *Pazienti che hanno avuto ricoveri ospedalieri ripetuti valutati a rischio "inappropriatezza".*

Tipologia servizi attivati	Dipartimento medico			Dipartimento chirurgico		
	N° complessivo segnalazioni Gen./Set. 2011	N° di pazienti con re-ricoveri inappropriati	% di pazienti con re-ricoveri inappropriati	N° complessivo segnalazioni Gen./Set. 2011	N° di pazienti con re-ricoveri inappropriati	% di pazienti con re-ricoveri inappropriati
Casa di cura o riabilitativa	128	29 (n. 10 entro i 60 gg.)	22,6%	28	4 (tutti entro i 60 gg.)	14,3%
Cure domiciliari SID/ADI	89	21	23,6%	8	1 (al 58° giorno)	12,5%
Ricovero in Nucleo di Dimissione protetta	80	13	16,2%	21	1 (al 28° giorno)	4,8%
Ricovero in Residenza	29	4	13,8%	0	0	0
Lungoassistenza domiciliare	37	16	43,2%	0	0	0
Inserimento in lista di attesa per Lungoassistenza domiciliare	55	16	29,0%	0	0	0
Rientro al domicilio senza attivazione aiuti, ma in accordo con assistito, familiari e MMG	49	9	18,4%	0	0	0
Totale	467	108	23,1%	84	6	7,1%

L'analisi più dettagliata dei 16 casi di Lungassistenza domiciliare che hanno avuto ricoveri ripetuti ha evidenziato situazioni di anziani prevalentemente di sesso maschile, di età compresa tra 73 e 90 anni con un'età media pari ad anni 83 che non accettano l'inserimento in residenze, ma preferiscono essere assistiti per compensare le loro "fragilità" sanitarie e sociali a domicilio, da assistenti familiari. Tra questi: 9 allettati e 3 dipendenti da trattamenti medici salvavita, soli o conviventi con familiari che manifestano problematiche psico-sociali tipo disturbi psichiatrici, problemi di alcool o tossicodipendenza.

Altro fenomeno che emerge dall'analisi su assistiti segnalati indifferentemente dal Dipartimento di Medicina o di Chirurgia è il significativo numero di pazienti (un terzo) che trasferiti in Case di cura o riabilitative

vengono ricoverati in ospedale durante il periodo di permanenza programmato, sempre per riacutizzazioni o insorgenza di complicanze non necessariamente da trattarsi in ambito ospedaliero.

Oltre alle segnalazioni pervenute alla C.O.C.A. dai reparti ospedalieri torinesi, il personale distrettuale della continuità assistenziale ha dovuto intervenire anche sui casi riguardanti pazienti che dopo il ricovero ospedaliero erano stati inseriti nei Nuclei di Deospedalizzazione protetta, Lungodegenza o Riabilitazione, che sono stati ulteriormente monitorati per programmare l'ulteriore dimissione, permessa frequentemente dall'attivazione di ulteriori interventi assistenziali (Tab. 6).

Nel 2011 il monitoraggio ha riguardato 447 casi (316 provenienti dai reparti ospedalieri e 131 da Pronto

Tabella 6 - Destinazione dei pazienti dimessi dai Nuclei di Deospedalizzazione Protetta della RSA Botticelli e Ospedale di Settimo.

Risposte ancora attive a 10 giorni dalla dimissione	Provenienza Ospedale		Provenienti da Pronto Soccorso	
	N° Casi 2011	%	N° Casi 2011	%
Rientro al domicilio con Cure domiciliari SID/ADI	9	2,9	0	0,00
Rientro al domicilio con inserimento in lista d'attesa per Lungoassistenza domiciliare	58	18,4	0	0,00
Rientro al domicilio in attesa di inserimento in Residenza	0	0,00	4	4,50
Inserimento in Residenza	75	23,7	30	34,00
Rientro al domicilio con Lungoassistenza domiciliare	34	10,8	0	0,00
Trasferimento in Str. di Riabilitazione dell'ASL TO2	2	0,6	0	0,00
Inserimento in Hospice	1	0,3	0	0,00
Ricovero in Ospedale per aggravamento	17	5,4	3	3,4
Decessi prima della dimissione	24	7,6	5	5,8
Rientro al domicilio senza attivazione di altri aiuti	58	18,4	46	52,3
Rientro al domicilio con segnalazione al MMG	38	12,0	0	0,00
Totali	316	100%	88	100%

Tabella 7 - Confronto della situazione sociale e del grado di autonomia dei pazienti in Lungoassistenza domiciliare rispetto al riscontro di ricovero ripetuto.

	Ricovero successivo			RR
	Si	No	TOT	
Alta intensità di complessità assistenziale	10	9	19	1.40 (0.65 – 3.01)
Media intensità di complessità assistenziale	6	10	16	
Familiare non potenziale caregiver	7	1	8	2.63 (1.45 – 4.76)
Familiare potenziale caregiver	9	18	27	
Non autonomi	12	4	6	3.56 (1.43 – 8.90)
Parzialmente autonomi	4	15	19	

soccorso) che hanno richiesto un significativo incremento delle necessità di ricorrere all'inserimento permanente in Residenze per anziani non autosufficienti (6,1% dei pazienti dimessi da reparti ospedalieri, 57,7% dei pazienti monitorati dopo inserimento in Nuclei di Deospedalizzazione protetta-Lungodegenza o Riabilitazione), piuttosto che l'attivazione della Lungoassistenza domiciliare (4,7% e 10,8%).

Mentre la permanenza in Nuclei di Deospedalizzazione protetta, Lungodegenza o Riabilitazione può essere motivata dai tempi abbastanza lunghi richiesti per predisporre un progetto di Lungoassistenza domiciliare (accertamenti patrimoniali, stipula di contratti con Assistenti familiari, ecc.), l'inserimento definitivo in Residenze sembra più correlato a prognosi riabilitative eccessivamente ottimistiche.

CONCLUSIONI

Gli assistiti, prevalentemente anziani, che presentano bisogni di continuità assistenziale post ricovero ospedaliero e in casa di cura sono in aumento.

Nell'ambito ospedaliero tale bisogno è maggiormente espresso dai reparti di area medica e dai Pronto soccorso. Il paziente chirurgico sembra presentare bisogni assistenziali meno facilmente trattabili al domicilio e che richiedono il proseguo di cure extraospedaliere sempre in regime di ricovero (Lungodegenze, Centro riabilitativi, ecc.).

L'attivazione di Nuclei di deospedalizzazione/dimissione protetta in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) può costituire un'offerta intermedia tra l'Ospedale e le Case di cura (lungodegenza e riabilitazione), con un contenimento dei costi gestionali e con buoni risultati

in termini di prevenzione del fenomeno dei ricoveri ripetuti. Così pure la Lungoassistenza domiciliare costituisce una buona ed economica risposta ai bisogni di continuità assistenziale, da integrare con le cure domiciliari prettamente sanitarie (SID/ADI).

Tuttavia lo studio evidenzia un aumento delle segnalazioni che pervengono dai Nuclei di Deospedalizzazione protetta e dalle Case di cura relativamente a pazienti precedentemente dimessi dagli ospedali e inseriti in suddette strutture dalla C.O.C.A.. Il servizio di continuità assistenziale continua a rilevare per questi pazienti gli stessi bisogni già presenti al momento dell'ingresso in tali strutture di destinazione, dove invece si presupponeva una loro risoluzione.

Lo studio mette inoltre in rilievo un aumento dei ricoveri ripetuti, potenzialmente inappropriati per i pazienti in Lungoassistenza domiciliare, con elevata gravità sociale e sanitaria. Questo con una maggiore probabilità tra i soggetti con elevata complessità assistenziale (RR: 1,40) anche se con scarsa significatività statistica (Tab. 7). Invece il maggiore riscontro di ricoveri ripetuti emerge con una probabilità statisticamente significativa tra i pazienti con presenza scarsa o nulla di un familiare caregiver (RR: 2.63), così come fra gli assistiti non autonomi (RR: 3.56) rispetto a quelli con parziale autonomia.

Per questi motivi lo studio pone l'accento sull'importanza di migliorare la valutazione dei pazienti da parte di servizi come la C.O.C.A., sia negli aspetti clinici e funzionali che socio-assistenziali.

In questo periodo di particolari ristrettezze economiche non è possibile ipotizzare un aumento di risorse per i servizi della continuità assistenziale, tuttavia è possibile migliorare l'appropriatezza dei servizi erogati, seguendo criteri che permettano l'identificazione dei pazienti effettivamente complianti ad una eventua-

le destinazione in relazione alla complessità clinico-assistenziale rilevata. Ne deriva pertanto la necessità di dotarsi di opportuni strumenti per monitorare le condizioni dei pazienti inseriti nei programmi assistenziali, sia residenziali che domiciliari, e prognosticare tempestivamente il rischio della persistenza dei bisogni di continuità di cure e/o gli aggravamenti (6,11). Infatti, la presa in carico dovrà essere pianificata a partire dalla complessità rilevata, considerando l'evoluzione nel tempo dei bisogni dei pazienti e l'adeguatezza degli interventi assistenziali attivati.

BIBLIOGRAFIA

1. Regione Piemonte. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, 2012.
2. Sampietro L, Pierri F, Gasparini L, et al. La continuità di cura per l'anziano fragile nella dimissione ospedaliera: l'esperienza della S.C. di assistenza geriatrica dell'ASL 3 genovese nell'A.U.O. San Martino di Genova. *Giorn Gerontol* 2010; 58(6): 569-570.
3. Volpato S, Barbato P, Tisato F, et al. Dimissione protetta nel Dipartimento Continuità delle Cure. *Giorn Gerontol* 2009; 57(6): 544-545.
4. Zanetti E. Qualità, continuità e complessità nell'assistenza all'anziano. *Giorn Gerontol* 2010; (6): 383-385.
5. Bauer M, et al. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs* 2009; Sep; 18(18): 2539-46.
6. Stoller PM, Franzoni S, Di Fazio I, et al. Caregiving domiciliare e ospedalizzazione nei 12 mesi successivi alla dimissione da una riabilitazione geriatrica. *Giorn Gerontol* 2005; 53(52): A78.
7. Zancocci M, Maero B, Martinelli E, et al. Early re-hospitalization of elderly people discharged from a geriatric ward. *Aging Clin Exp Res* 2006; 18:63-69.
8. Destro C, Benini P, Maggi S, et al. L'importanza della pianificazione della dimissione nella gestione del paziente cronico. *Giorn Gerontol* 2005; 53(5): 383-389.
9. Regione Piemonte. DGR n. 72/2004 - Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziani non autosufficienti. 2004.
10. Regione Piemonte. DGR n. 27/2012 - Attuazione Piano di rientro - DGR n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale, 2012.
11. Regione Piemonte. DGR n. 17 del 2005, Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, 2005.
12. Swinkels A, et al. Delayed transfer from hospital to community settings: the older person's perspective. *Health Soc Care Community* 2009; Feb; 17(1): 45-53.
13. Marrè A, Torpilliesi T, Lucchi E, et al. Il progetto assistenziale post-dimissione da un reparto di riabilitazione geriatrica. *Psicogeriatrics* 2008; 3(1): 76-77.
14. Cataldo MC, Calcara ML, Monterosso F, et al. Analisi degli obiettivi raggiunti e mantenuti a tre mesi dalla dimissione dall'assistenza domiciliare integrata in pazienti con i "compiti a casa". *Giorn Gerontol* 2010; 58(5): 261-269.
15. Cornette P, D'Hoore W, Mulhomme B, et al. Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Aging clinical and experimental research* 2005; 17(4): 322-328.
16. Crilly RG, Lytwynec S, Kloseck M, et al. Patient outcomes after discharge from a geriatric day hospital. *Can J Aging* 2005; 24:305-310.

Editors: Blazer D.G., Busse E. W., Steffens D.C.

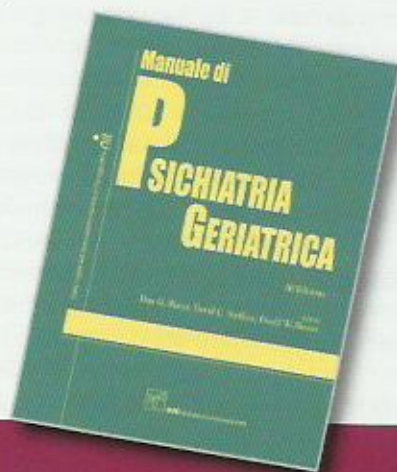
MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III Edizione

Volume di 632 pagine

F.to cm 21x28

€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali

Comunità Residenziali per anziani: un anno di lavoro

Fausta Podavitte*, Carmelo Scarcella**, Marco Trabucchi***

* Direttore Dipartimento delle Attività Socio-Sanitarie Integrate ASL di Brescia

** Direttore Generale ASL Brescia

*** Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica e responsabile scientifico Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

INTRODUZIONE

Quando nel 2010 l'ASL di Brescia sentì l'esigenza di dare vita alla sperimentazione di nuove soluzioni comunitarie per anziani, a bassa protezione, di dimensioni contenute e con costi sostenibili a carico dell'ospite, si respiravano i primi segnali della crisi socio-economica, ma non erano ancora chiaramente prevedibili gli scenari in seguito delineatisi nell'ambito del sistema di *welfare*, della sanità ed in particolare della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale, anche nel nord Italia, zona notoriamente con buon tenore di vita.

La scelta di creare Comunità Residenziali (CR), ampiamente illustrata in precedenti pubblicazioni (1,2), si è rivelata attuale, divenendo stimolo per intraprendere una strada parallela anche per la disabilità adulta, in fase di pianificazione da parte dell'ASL.

Oggi la pressione economica esercitata sul sistema sociale e familiare sta determinando un burrascoso cambiamento non solo nelle abitudini e nei bisogni, ma anche nella domanda di servizi. Una delle motivazioni principali che circa due anni fa influì sulla scelta di dare vita ad una nuova tipologia di struttura residenziale per anziani è stata la pressione della domanda in RSA; oggi invece la priorità sta diventando la non sostenibilità economica della retta della RSA per molte famiglie, oltre che per l'anziano solo. Il contesto dell'ASL di Brescia in cui nacque l'idea del progetto si caratterizza per la consistenza del numero di Servizi per anziani, fra cui 86 RSA accreditate. Nel 2010 sono stati accolti 8.755 ospiti nei 6.561 posti letto totali, a fronte di 4.065 persone in lista di attesa, mentre nel 2011 sono aumentati a 8.966 gli ospiti accolti in un anno ed a 4.333 le persone in lista d'attesa (dato fornito dagli 8 Distretti in cui la lista è unica e gestita dagli operatori ASL in accordo con le RSA). Il quadro attuale presenta 6.197

posti letto accreditati che salgono a 6.511, annoverando i posti letto solo autorizzati; ad essi vanno aggiunti i 273 posti letto di sollievo. A fronte di un cospicuo incremento registrato nella disponibilità di posti letto e nelle liste per l'ingresso in struttura, in particolare a partire dal 2012 si è registrata un'inconsueta "staticità" nelle liste di attesa che in alcuni Distretti non hanno subito incrementi, né variazioni relativamente agli utenti in lista. Inoltre si sono evidenziati fenomeni nuovi sia di dimissione dalle RSA per esigenze economiche dei familiari (la pensione dell'anziano diviene il reddito familiare a fronte di perdita di lavoro di suoi componenti), sia debiti di varia entità, anche cospicua, verso le strutture, per mancati pagamenti della retta. Questi fenomeni, benché ancora sporadici e non censiti, sono segnali inequivocabili di cambiamenti a forte impatto sociale. La mancanza di liquidità dei familiari e la perdita di potere d'acquisto delle pensioni, in contrasto con l'aumento delle rette di degenza, modificano la domanda. Rimane altrettanto significativo comunque il bisogno di garantire diversificate opzioni residenziali in base al grado di compromissione dell'ospite ed al quadro generale.

Ad un anno dall'avvio delle prime due Comunità Residenziali sorte nel territorio bresciano nei Comuni di Borgosatollo e Gottolengo, un primo bilancio può essere effettuato su due fronti: il grado di interesse verso il progetto da una parte ed i dati relativi al primo anno di attività dall'altra.

Per quanto riguarda il primo aspetto, è stato rilevato un incremento di frequenza ed intensità di attenzione verso servizi di nuova generazione. Numerosi sono stati gli incontri di consultazione e consulenziali richiesti da gestori di servizi e rappresentanti di realtà locali; ne sono emerse difficoltà nel trovare nuove soluzioni percorribili ed un contestuale desiderio di indivi-

ESPERIENZE

duare nuove prospettive di investimento in unità di offerta che amplino la rosa di quelle disponibili, ma che siano effettivamente sostenibili. Sono già stati pianificati a tal proposito alcuni nuovi avvisi di Comunità Residenziali a partire dal 2013. Il ruolo strategico di guida assunto dall'ASL di Brescia già nella fase progettuale viene confermato quale punto di forza territoriale anche nell'attività consulenziale e di indirizzo. Servono oggi punti di riferimento chiari e credibili quale "faro" in un mare burrascoso di incertezze, per valutare l'effettiva realizzazione ed efficacia del progetto, oltre al correlato rischio di impresa.

Garantire un riferimento di indirizzo e progettuale è un modo per continuare a stimolare l'imprenditorialità sana anche nel campo dell'assistenza.

In questo contesto il monitoraggio del primo anno di funzionamento delle due nuove strutture era doveroso per valutare l'opportunità di sostenere altri avvisi o la necessità di qualche integrazione che renda la struttura un servizio consolidato.

LE CARATTERISTICHE DELLE COMUNITÀ RESIDENZIALI: DIMENSIONE, PERSONALE, OPERATIVITÀ ORGANIZZATIVA

Uno degli aspetti nodali per tutelare l'identità stessa della Comunità Residenziale è la dimensione contenuta, mediazione fra la tutela degli aspetti relazionali e la sostenibilità economica, oggi altrettanto importante per l'anziano ed i suoi familiari. La dimensione ideale della Comunità Residenziale è pertanto di 20 posti letto, organizzati in due nuclei, per raggiungere un buon equilibrio fra costi gestionali e qualità di vita dell'ospite. Le due Comunità Residenziali avviate hanno una capacità ricettiva di poco superiore ai 20 posti letto: Borgosatollo 22 - Gottolengo 24. Le rette a carico dell'ospite sono rispettivamente di 1.330,00 e di 1.225,00 euro mensili, rette inferiori a quella minima in RSA. Il livello di intensità assistenziale richiesto a questa unità è di molto inferiore a quello in RSA; non sono previste figure sanitarie, bensì solo di tutela ed assistenza, oltre ad un importante ruolo di coordinamento. Il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il "focus" della Comunità Residenziale, ricorrendo a servizi di altra tipologia solo quando necessari per il singolo anziano, attivando la rete locale con tempestività. Con la Comunità Resi-

denziale si sono volute evitare copie inopportune delle RSA e contestualmente ideare un modello diverso dalle comunità per anziani sperimentate in alcune realtà regionali e risultate fallimentari.

I 18 operatori impiegati nelle due comunità residenziali garantiscono 412 ore settimanali di lavoro. Il coordinatore è una presenza part-time, mentre l'80% del personale è costituito da operatori addetti all'assistenza (ASA, OSS), con turnabilità nelle 24 ore; il restante personale è di animazione.

L'identità innovativa della Comunità Residenziale ed il suo buon funzionamento poggiano su alcuni presupposti imprescindibili, fra i quali vanno citati:

- la valutazione multidimensionale pre-ingresso da parte di operatori distrettuali (per l'ASL di Brescia UCAM - Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale), in collaborazione con operatori sociali dei Comuni e/o degli ambiti territoriali, garantendo l'ammissione in Comunità Residenziale dopo aver verificato la rispondenza del servizio ai bisogni della persona, una sorta di "certificazione" di idoneità;
- la predisposizione di un progetto personalizzato di intervento orientato alla salvaguardia delle autonomie, ma anche alla soddisfazione dell'anziano, mantenendo dignità e sufficiente serenità;
- la definizione del livello di fragilità clinica della persona, la pianificazione di eventuali controlli di varia tipologia, prestazioni mediche, terapie farmacologiche, prestazioni protesiche e specialistiche;
- la possibile attivazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sia prestazionale sia per profili di voucher, in accordo con il Medico di Medicina Generale, per garantire interventi infermieristici e/o riabilitativi, quando necessario, integrati anche dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) comunale;
- il monitoraggio della situazione e l'eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità;
- la dimissione pianificata, qualora si evidenzia un aggravamento della situazione che la renda incompatibile con la vita in comunità e solo a seguito di individuazione e reperimento di un altro servizio più adeguato.

Queste strategie operative sono il presupposto per rendere le Comunità Residenziali un'unità di offerta ben inserita nella rete, mediando fra libertà di scelta, mantenimento del livello di autonomia presente, costi contenuti e sistema di tutela.

TIPOLOGIA DI OSPITI

I destinatari della Comunità Residenziale sono prioritariamente persone anziane compromesse nell'autonomia, ma con un quadro clinico stabilizzato e bisogni di varia natura, di ordine non solo abitativo, ma anche psicologico, relazionale, assistenziale, sanitario e sociale, come specificato nel Piano assistenziale individuale. Essi devono presentare un grado di compromissione da lieve a moderata per mobilità, cognitivtà/comportamento e comorbidità. Possono essere in condizione sociale e familiare precaria, oppure scegliere volontariamente di vivere in Comunità, ad esempio per far fronte ai problemi determinati dalla solitudine. Gli ospiti sono comparabili alle persone anziane che vivono a domicilio supportate da familiari o badanti, poiché non sono più in grado di gestire da sole completamente la loro quotidianità.

Non sono ammissibili in Comunità Residenziale le persone gravemente non autosufficienti o con disturbi psico-comportamentali di rilievo, poiché le caratteristiche strutturali ed assistenziali del servizio non garantiscono livelli di protezione sufficienti.

Gli indicatori individuati per il monitoraggio, riassunti nella Tabella I, sono relativi al quadro complessivo dell'ospite (con rilevazioni a cura dell'UCAM), a motivazioni di ingresso e dimissione, ai servizi aggiuntivi attivati, oltre che all'eventuale impiego di *caregiver* non professionali.

Per valutare la situazione dell'anziano sono state individuate alcune scale di valutazione fra quelle più note e già in uso da parte delle UCAM dell'ASL, ai fini della valutazione multidimensionale delle persone che accedono ai servizi della rete, per sondare gli aspetti ritenuti più significativi: comorbidità, quadro funzionale e livello di autonomia, quadro cognitivo e tono dell'umore. Esse sono:

- CIRS, scala di comorbidità, la cui compilazione è a cura del MMG, per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- Barthel, ADL, IADL per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- MMSE per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- GDS per misurare il quadro depressivo e monitorare eventuali variazioni nel tono dell'umore.

Le scale di valutazione vengono somministrate al momento dell'ingresso, a 6 mesi e nella fase di dimissione.

La prima valutazione ha un duplice obiettivo:

1. accertare l'idoneità dell'ospite all'inserimento in comunità;
2. monitorare l'impatto che l'inserimento in Comunità Residenziale ha sulla situazione complessiva della persona e sull'evoluzione delle sue condizioni funzionali, somatiche, affettive.

Nei primi 9 mesi di attività monitorata sono stati 64 gli anziani accolti nelle due strutture, di cui 46 donne, con età media di 81,5 anni; l'indice di saturazione è del 91,3%.

Dal punto di vista anagrafico la situazione ospiti rispecchia il quadro della popolazione anziana che fruisce dei servizi della rete.

L'aspetto che determina la maggior differenziazione fra struttura protetta (RSA) e Comunità Residenziale è il grado di compromissione degli ospiti. Le valutazioni con CIRS all'ingresso evidenziano un grado di compromissione medio, con presenza di circa 5 patologie (media di comorbidità sovrapponibile agli assistiti in ADL), mentre in RSA è di 7. In particolare le principali patologie presenti sono: ipertensione, presente in 40 ospiti, del sistema muscolo scheletrico in 35 ospiti, cardiaca in 30 ospiti.

Un accenno a parte meritano i disturbi psichiatrico-comportamentali rilevati in 44 ospiti, con una compromissione di grado medio; i punteggi del MMSE, invece, nel 47,27% dei casi evidenziano l'assenza di compromissione, presente e di grado lieve nel 38,18%, mentre nel 12,73% di grado severo.

Il grado di decadimento cognitivo condiziona pesantemente l'idoneità all'ingresso in Comunità Residenziale. L'indice di Barthel ha evidenziato un grado di compromissione nel 63,5% dei casi da minima a moderata, nel 15,9% severa e nel 20,6% totale, dimostrando che il grado di compromissione motoria trova risposta nel servizio, poiché è verso di essa che sono orientate le principali competenze degli operatori assistenziali.

La GDS ha evidenziato l'assenza di sintomi depressivi. Le motivazioni che inducono all'ingresso in Comunità residenziale sono un altro elemento degno di attenzione. Le principali sono: assenza dei familiari, incapacità o difficoltà degli stessi ad assistere, richiesta diretta da parte dell'anziano quale scelta personale di luogo di vita.

La mancanza di sostegno negli aspetti gestionali-assistenziali quotidiani riguarda 36 ospiti; segue l'assenza di familiari per 10 ospiti, mentre per 10 anziani è stata

Tabella I - Quadro sintetico indicatori di verifica funzionalità Comunità Residenziale.

Dati anagrafici	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza
	età
	sexo
	contatto familiare
	data ingresso
	motivazione ingresso
Valutazione funzionale e clinica	abilità funzionali: BARTHEL, ADL, IADL
	comorbidità: <i>Cumulative Illness Rating Scale</i> (Indice di Comorbidità) a cura del MMG
	cognitività: MMSE
	affettività e tono dell'umore: <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>
Utilizzo di altri servizi sanitari e socio-sanitari	numero di ricoveri ospedalieri
	numero e tipologia degli interventi di cure domiciliari attivati e livello di intensità
	numero chiamate MMG
	attivazione del servizio di emergenza-urgenza (118) e motivazione delle chiamate
	numero chiamate Medico di Continuità Assistenziale
	attivazione SAD (ASA/OSS)
Impiego di caregiver non professionali	utilizzo volontari (numero ore e tipologia attività)
	assistenza erogata da familiari (numero ore e tipologia attività)
	presenza di assistente familiare/badante (numero ore e tipologia di attività)
Dati della dimissione	data dimissione
	motivazione dimissione

una scelta personale, spesso una fuga dalla solitudine verso una vita comunitaria.

L'ospite tipico della Comunità Residenziale è prevalentemente donna, 80enne, con insufficienti o assenti supporti, con cognitività sufficientemente integra, buon tono dell'umore, compromissione nell'autonomia, con una comorbidità di grado medio. La struttura risulta di fatto in grado di affrontare la gestione anche di per-

sone più compromesse, a fronte di una media di ospiti non gravi; un elemento determinante è quindi l'equilibrio nella distribuzione dei livelli di compromissione.

Per quanto riguarda l'area della cognitività e comportamentale, alcune esperienze di inserimento di persone con demenza conclamata non hanno dato esiti positivi, anche per il rifiuto manifestato da parte degli al-

tri ospiti. I disturbi comportamentali e cognitivi devono essere lievi o assenti per un buon inserimento. La sperimentazione di piccole comunità per persone con demenza dovrebbe avvenire con utenza omogenea, perché l'anziano cognitivamente integro appare generalmente intollerante alla convivenza con persone che presentano disturbi cognitivi e/o comportamentali.

Anche la dimissione rappresenta un momento significativo: qualora si determini un aggravamento stabile delle condizioni generali, segnalato al MMG dalla struttura e/o dai parenti, senza possibilità di recupero nel breve periodo, la permanenza dell'anziano viene rivalutata dall'UCAM/MMG, in sinergia con gli operatori sociali del comune. In caso di perdita dei requisiti di permanenza in Comunità Residenziale, per grave compromissione delle condizioni generali, viene attivato l'iter in uso per gli assistiti a domicilio: la persona, valutate le sue condizioni e i problemi rilevanti, viene inserita nella lista d'attesa degli ingressi in RSA. La dimissione a domicilio è sempre possibile: se l'anziano lo desidera e se le condizioni abitative e familiari, oltre che di autonomia personale, lo permettono. Le dimissioni sono state 22, equamente distribuite verso il domicilio e verso le RSA. I rientri a domicilio dimostrano che la Comunità Residenziale svolge anche un ruolo di sollievo temporaneo, evitando il ricorso prematuro, e inappropriato, alla RSA.

MODALITÀ OPERATIVE: UTILIZZO DI SERVIZI AGGIUNTIVI

Un altro aspetto rilevante e quindi da monitorare, per l'impatto economico che può avere sulla effettiva sostenibilità della Comunità Residenziale, è il ricorso ad altri servizi/interventi. Per misurare intensità e frequenza ed i conseguenti costi aggiuntivi e per valutare le capacità di "presa in carico" reale della struttura, sono stati rilevati: numero e motivo dei ricoveri ospedalieri, l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata per numero di interventi e livelli di intensità e di quella Domiciliare comunale (impiego ASA/OSS), il ricorso al MMG e/o al medico di continuità assistenziale al di fuori delle visite di routine, l'attivazione, e la causa, del servizio di emergenza urgenza (118).

Sono stati 28 i servizi a cui è stato fatto ricorso per bisogni straordinari degli ospiti, di cui 12 relativi alle cure domiciliari in varie forme (voucher, prestazionale, accesso MMG in Assistenza Domiciliare Programmata

ADP), 3 interventi del 118 e 13 ricoveri ospedalieri. Gli interventi aggiuntivi sono sovrapponibili a quelli solitamente attivati per le persone in carico all'ADI. Questi dati confermano che il successo della Comunità Residenziale è derivato dalla sua effettiva collocazione nella rete e dalla tempestività di intervento, grazie alla stretta collaborazione con le UCAM territoriali dell'ASL, evitando di lasciare senza risposte le necessità insorte.

L'utilizzo di *caregiver* non professionali nella Comunità Residenziale è previsto dal modello gestionale orientato ad un minor impatto economico sulla famiglia. Per integrare l'assistenza agli ospiti, ad esempio nelle operazioni di igiene, al momento dei pasti, per trasporto, la struttura può avvalersi degli stessi familiari, secondo piani che tengano conto della loro effettiva disponibilità, oltre a volontari, per azioni e con ruoli pianificati ed esplicitati nel progetto individuale.

I *caregiver* non professionali sono stati percepiti positivamente dagli ospiti, che hanno espresso un alto gradimento della vita in struttura. A Borgosatollo sono stati 80 gli interventi garantiti dai volontari e 18 dai familiari. Per entrambi la principale funzione ha riguardato l'aiuto nelle attività quotidiane (circa 39% degli interventi); i volontari inoltre partecipano alle attività di animazione, mentre i familiari garantiscono il trasporto verso luoghi esterni alla struttura. La scarsa partecipazione alle attività da parte dei familiari è determinata dall'attuale contesto sociale, in particolare dal numero ridotto di componenti il nucleo e dagli impegni sia lavorativi sia di accudimento dei nipoti da parte dei 50/60enni. Inoltre va ricordato che alcuni ospiti scelgono la Comunità Residenziale come luogo in cui vivere, proprio perché privi di familiari di riferimento.

CONCLUSIONI

La sperimentazione di nuove forme di residenzialità, quale soluzione alla repentina e complessa trasformazione sociale, ha fornito alcune risposte positive ai bisogni sempre più diversificati della popolazione anziana. La Comunità Residenziale è risultata un'opzione utile per situazioni che sarebbero state orientate impropriamente verso le RSA.

Fondamentale è la scelta dell'anziano di entrare in Comunità Residenziale, trovando motivazioni personali che rendano tale scelta accettabile e vantaggiosa. Il bivio della scelta fra domicilio, RSA o Comunità Re-

ESPERIENZE

residenziale deve essere gestito con oculatezza dagli operatori che orientano gli utenti, scegliendo la soluzione migliore fra quelle disponibili; vanno evitate scelte affrettate e superficiali, se si vogliono prevenire fallimenti.

Fra gli aspetti fondamentali per il buon funzionamento delle Comunità Residenziali rientra anche la loro collocazione attiva nel contesto sociale locale, una struttura "aperta" ed inserita nella rete di servizi, supportata dalla possibilità di attivare con tempestività eventuali altri interventi necessari all'ospite.

I primi risultati relativi alla Comunità Residenziale la delineano quale unità di offerta in grado di rispondere ad uno specifico bisogno di residenzialità, anche temporanea, in linea con la ricerca di soluzioni *low cost* ottimali. Il governo dell'ingresso e delle dimissioni protette, il coinvolgimento dell'ospite in attività della vita quotidiana quale stimolo al mantenimento delle abilità funzionali e del tono dell'umore, l'apertura della Comunità alla famiglia ed al contesto sociale, la possibilità

per l'ospite di uscire, mantenendo un legame attivo anche con la realtà esterna, sono aspetti essenziali per la buona riuscita della sperimentazione.

È in ampliamento il numero delle Comunità Residenziali attive, tre già funzionanti ed altre in fase di progettazione: esse rappresentano una novità nel quadro dei servizi consolidati, oggi insufficienti a dare risposta non solo al numero di persone anziane, ma anche alla grande diversificazione dei problemi e dei bisogni, sempre più difficilmente gestiti e soddisfatti da un'unica soluzione residenziale.

BIBLIOGRAFIA

1. Scarcella C, Mattana E, Podavitte F. Le comunità residenziali. I primi passi della sperimentazione. *Sanità pubblica e privata. Rivista di economia, diritto e management in sanità*, 2012, 6: 63-68.
2. Podavitte F, Scarcella C, Trabucchi M. Residenze *low cost* per anziani: proposta di un modello. *Rivista di Psicogeriatria*, 2011, 1 (supplemento) gennaio/aprile.

Editor: Cloninger C.R.

SENTIRSI BENE

La scienza del benessere

I Edizione

Presentazione di Mario Maj

Volume di 404 pagine

F.to cm 17x24

€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali

La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi alternativi alla contenzione

Anna Castaldo

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Oriano, Piccolo Cottolengo di Milano;
Collegio IPASVI Milano-Lodi, Monza e Brianza

La contenzione fisica rimane ancora oggi un tema molto discusso sia in termini legali ed etici per le implicazioni che ne derivano per la limitazione della libertà personale, sia in termini di efficacia clinica. La maggior parte degli studi evidenzia l'inefficacia della contenzione soprattutto per la prevenzione/gestione delle cadute e dei disturbi psichici e comportamentali, citate tra le principali motivazioni che inducono il ricorso alla contenzione fisica (si veda anche la revisione della letteratura in Zanetti et al., 2009 e Zanetti et al., 2012). Ciononostante, la contenzione continua ad essere ampiamente utilizzata, soprattutto nei setting geriatrici, come evidenziano i risultati di una recente indagine italiana: 15,8% (445/2808 pazienti) in ospedale (unità di medicina, geriatria, ortopedia, chirurgia e terapia intensiva) e 68,7% (4599/6690 ospiti) nelle residenze per anziani (Zanetti et al., 2012).

Sul tema è stata pubblicata nel febbraio 2012 la linea guida per la pratica infermieristica *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Il corposo documento, sviluppato dalla *Registered Nursing Association of Ontario* (RNAO), un'associazione infermieristica canadese che vanta un'ampia produzione di linee guida *evidence based*, propone il tema della sicurezza attraverso alternative alla contenzione¹.

Infatti, il paradigma enucleato in tale linea guida è la prevenzione della contenzione, piuttosto che la minimizzazione, attraverso l'utilizzo di approcci alternativi

che promuovano la sicurezza e, al contempo, garantiscano alla persona la libertà di movimento/comportamento che, com'è noto, i mezzi di contenzione limitano. Il primo focus del modello è rappresentato dalla prevenzione della contenzione e dalla valutazione delle persone a rischio; il secondo focus consiste nell'implementare pratiche alternative e il terzo è basato sull'utilizzo della contenzione come ultima risorsa, cioè solo dopo che gli approcci alternativi si siano dimostrati inefficaci.

La linea guida propone complessivamente 12 raccomandazioni (di cui 8 specifiche per la pratica clinica, 1 per la formazione e 3 relative alle organizzazioni e alle politiche sanitarie), per la prevenzione della contenzione, con particolare riferimento alla contenzione fisica/meccanica nei diversi ambiti assistenziali: acuti, *long term care* e domiciliare (Tab. 1).

Le raccomandazioni cliniche focalizzano l'attenzione sui seguenti aspetti: la valutazione delle persone a rischio, la pianificazione assistenziale individuale, la collaborazione multidisciplinare, l'implementazione dei metodi alternativi alla contenzione proposti dalla ricerca corrente e, infine, l'utilizzo dei mezzi di contenzione come ultima risorsa.

Le raccomandazioni educative riguardano i requisiti educativi e le strategie formative per l'introduzione, l'implementazione e la sostenibilità della linea guida.

Le raccomandazioni organizzative si riferiscono alle

¹ In tale documento per contenzione si intende, come definito dal *College of Nurses of Ontario*, un mezzo/metodo fisico, ambientale o chimico utilizzato per tenere sotto controllo l'attività fisica o comportamentale di una persona o di una parte del suo corpo. I mezzi di contenzione fisica limitano il movimento di una persona e comprendono, ad esempio, un tavolo fissato ad una sedia oppure le spondine che non possono essere rimosse dalla persona. Le restrizioni ambientali circoscrivono la mobilità di una persona come un'unità o un giardino "protetto", o una stanza isolata. Le contenzioni chimiche comprendono qualsiasi forma di farmaco psicoattivo, utilizzato non tanto per trattare una malattia, ma con l'obiettivo di inibire intenzionalmente un particolare comportamento o movimento.

Tabella 1 - Raccomandazioni per la promozione di misure alternative alla contenzione (RNAO, 2012).

	Raccomandazioni	Livello delle evidenze
1	Gli infermieri ² stabiliscono un rapporto terapeutico con la persona assistita che è a rischio di danno per sé o/e per gli altri per prevenire l'uso di sistemi di contenzione	IV
2	Gli infermieri dovrebbero valutare la persona assistita alla presa in carico e periodicamente per identificare eventuali fattori di rischio che possono comportare l'uso di sistemi di contenzione	IIb
3	Gli infermieri dovrebbero utilizzare il giudizio clinico e strumenti di valutazione validati per identificare le persone assistite a rischio di essere contenute	IIb
4	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale e la persona assistita/famiglia/sostituto nelle decisioni (SDM), dovrebbero creare un piano di assistenza individualizzato che si concentri su approcci alternativi all'uso della contenzione	IIb
5	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero costantemente monitorare e rivalutare il piano di assistenza del cliente sulla base di osservazioni e/o condizioni espresse dalla persona assistita e/o dalla famiglia e/o dall'SDM	IV
6	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero attuare strategie multifattoriali per prevenire l'uso di mezzi di contenzione per le persone assistite identificate a rischio	IIa
7	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero attuare le tecniche di riduzione e di gestione delle crisi e mobilitare adeguate risorse per promuovere la sicurezza e ridurre il rischio di lesioni per tutti, in presenza di un aumento dei comportamenti reattivi	IIb
8	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero impegnarsi in pratiche assistenziali che riducano al minimo qualsiasi rischio per la sicurezza della persona assistita e del benessere per tutta la durata del processo di contenzione	IV
9	L'assistenza alle persone a rischio di contenzione dovrebbe essere inclusa in tutti i piani di studi della formazione di base infermieristica e anche nei programmi di sviluppo professionale continuo (...)	Ib
10	Le organizzazioni sanitarie dovrebbero implementare la gestione del rischio (<i>risk management</i>) e le strategie di miglioramento della qualità per favorire una cultura che promuova approcci alternativi all'utilizzo di sistemi di contenzione a sostegno dei diritti delle persone assistite e della sicurezza personale (...).	Ib
11	Il modello di assistenza delle organizzazioni dovrebbe promuovere la collaborazione interprofessionale con la persona assistita/famiglia/SDM che supporta l'uso di metodi alternativi e previene l'uso dei sistemi di contenzione	III
12	Le linee guida di buone prassi infermieristiche possono essere implementate con successo solo dove ci sono pianificazione, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo adeguati, nonché un sostegno appropriato (...)	IV

² Il target a cui si rivolge la linea guida è l'infermiere, pertanto ricorre come soggetto principale nelle raccomandazioni; queste sono in realtà traslabili all'équipe assistenziale, con la quale l'infermiere è chiamato a confrontarsi e a collaborare durante il percorso di cura delle persone assistite.

condizioni necessarie in un ambiente lavorativo affinché la guida possa essere implementata con successo nella pratica clinica. Le condizioni di successo sono in gran parte responsabilità dell'organizzazione, benché ci possano essere implicazioni politiche ad un alto livello governativo o sociale.

La maggior parte delle raccomandazioni si basa su evidenze derivanti da studi quasi sperimentali; accanto alle raccomandazioni è indicato il livello delle evidenze che le supportano (una legenda dei livelli di evidenza è riportata nella Tab. 2).

La valutazione è il primo step per lo sviluppo di un piano assistenziale individuale che contempli la prevenzione e le strategie alternative alla contenzione. Essa dovrebbe essere effettuata all'ammissione e periodicamente, con l'obiettivo di identificare eventuali fattori predisponenti e precipitanti che possono comportare l'uso di sistemi di contenzione.

Alcuni fattori predisponenti (fattori che determinano un aumento della vulnerabilità ad un particolare disturbo/malattia, in base a fattori genetici o alla presenza di determinate condizioni) all'uso della contenzione, tipici soprattutto degli anziani, possono essere enfatizzati e diventare precipitanti (fattori che causano un disturbo o contribuiscono al suo verificarsi) quando una persona vive una nuova situazione. L'assunzione di farmaci psicotropi, cambiamenti ambientali, ripetuti ricoveri, procedure terapeutiche invasive, tra cui interventi chirurgici, bisogni fisiologici non soddisfatti sono alcuni tra i principali fattori precipitanti che pongono le persone a rischio di essere contenute.

La valutazione dovrebbe essere basata in modo combinato sia sul giudizio clinico sia su scale di valutazione validate e specifiche (ad esempio, scale per la funzione motoria, cognitiva, per il rischio cadute, per rischio/presenza di disturbi psico-comportamentali...) che consentano di identificare più specificamente le persone ad

alto rischio di essere contenute. Inoltre, dovrebbe essere documentata e comunicata a tutta l'équipe assistenziale.

La pianificazione assistenziale, condivisa con il team e con i familiari (ovvero con i rappresentanti legali della persona assistita, in veste di tutor o di amministratore di sostegno) è considerata strategica per la riduzione della contenzione. Il piano di assistenza individuale dovrebbe essere rivisto in funzione dei cambiamenti osservati attraverso un costante monitoraggio dei fattori di rischio dei comportamenti della persona e dovrebbe contemplare prioritariamente le strategie alternative alla contenzione.

L'implementazione degli interventi alternativi dovrebbe essere basata su un'accurata valutazione multidimensionale e tenere conto dei bisogni e desideri delle persone assistite.

L'utilizzo di algoritmi, la consulenza di infermieri esperti (ad esempio un infermiere con competenze avanzate o specialistiche) o di un gruppo di pronto intervento possono guidare e supportare il processo decisionale e sensibilizzare il team nell'implementazione di *best practices* che contemplano interventi alternativi alla contenzione. La linea guida, oltre a rinviare ad altre linee guida specifiche (ad esempio assistenza alla persona con demenza, delirium o depressione), è corredata da numerosi documenti applicabili nella pratica clinica come, ad esempio, scale di valutazione e *check list* di interventi alternativi per la prevenzione/gestione delle situazioni che tipicamente inducono il ricorso alla contenzione, come la presenza di rischio di cadute e/o di disturbi psichici o di interferenza nelle procedure diagnostiche-terapeutiche.

Nonostante le evidenze a supporto della gestione dei disturbi comportamentali siano ancora limitate, l'approccio raccomandato è monitorare attentamente e trattare i fattori predisponenti.

Tabella 2 - Livelli di Evidenza.

Ia	Evidenza ottenuta da meta-analisi o revisione sistematica di studi randomizzati e controllati
Ib	Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato controllato
IIa	Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato, senza randomizzazione ben progettato
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale ben progettato
III	Evidenza ottenuta da studi descrittivi ben disegnati, non sperimentali, come studi comparativi, studi di correlazione, e casi di studio
IV	Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o da opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli

REVISIONE DELLA LETTERATURA

E RECENSIONI

In taluni casi i comportamenti reattivi possono avere un'origine fisiologica e/o psicologica e/o ambientale e rappresentano la modalità con cui la persona comunica una situazione di disagio che andrebbe trattata puntualmente. Ad esempio la presenza di bisogni insoddisfatti (fame, sete, toilette) o la presenza di eventi stressogeni (dolore, rumore, sovraffollamento, *delirium*, infezioni, situazioni nuove) possono essere correlati sia alla situazione clinica della persona sia a variabili ambientali.

A titolo esemplificativo, i programmi di attività che includano le tecniche di orientamento, attività occupazionali diversive, la musicoterapia, opportunamente adattati alle caratteristiche e alle propensioni delle persone assistite, oltre a incrementare la socializzazione e a rinforzare i comportamenti adeguati, sembrano essere efficaci per la prevenzione della contenzione nelle persone affette da deficit cognitivi e da disturbi psico-comportamentali (agitazione psicomotoria, ansia, disturbi del sonno).

Per quanto riguarda gli interventi alternativi per la prevenzione delle cadute, viene richiamata un'altra linea guida sviluppata dalla RNAO: *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult*. In tale linea guida, alla quale si rinvia per un approfondimento, è raccomandato di:

- valutare il rischio di caduta all'ammissione, periodicamente e dopo una caduta (Ib);
- implementare un programma di interventi di prevenzione (Ib) che includa:
 - o l'esercizio fisico (mantenimento forza muscolare) (Ib) e/o Tai Chi nelle *long term care* (Ib);
 - o la revisione periodica dei farmaci psicoattivi che pongono ad alto rischio di caduta (Ia);
 - o l'utilizzo dei protettori delle anche per ridurre le fratture del femore nei soggetti ad alto rischio di cadute traumatiche (Ib);
 - o informazioni sui benefici dei supplementi di vitamina D, su un adeguato stile di vita e sul trattamento dell'osteoporosi per la prevenzione delle fratture (Ia);
 - o modifiche ambientali (ad esempio strisce antiscivolo sul pavimento, luci notturne, dispositivi di allarme posti letto/poltrona/porta, rimozione degli ostacoli, materassini sul pavimento, letti bassi) (Ib);
 - o programmi di educazione alla salute per le persone a rischio di caduta e/o loro familiari (IV);
- includere la prevenzione delle cadute nei piani di studio della formazione di base infermieristica e nei programmi di sviluppo professionale continuo;

- supportare a livello organizzativo la prevenzione delle cadute attraverso (IV):
 - o programmi di riduzione della contenzione (IV) e in particolare delle spondine (IIb);
 - o percorsi clinici/procedure *evidence based*;
 - o formazione continua del personale;
 - o consulenza clinica per la valutazione e la gestione del rischio di cadute;
 - o disponibilità di attrezzature e dispositivi (come gli ausili per il trasferimento, letti ad altezza minima e allarmi per la discesa dal letto).

L'efficacia degli interventi e gli esiti clinici andrebbero valutati e documentati nel piano di assistenza individuale, tenuto conto anche dei regolamenti normativi (leggasi anche i requisiti di accreditamento, le raccomandazioni ministeriali), delle *policy* e degli strumenti adottati dalle strutture sanitarie. Queste ultime possono variare in base ai modelli organizzativi, al *setting* di cura e alla tipologia di assistiti all'interno delle strutture sanitarie/sociosanitarie.

La linea guida richiama le disposizioni normative locali in tema di contenzione (ed in particolare del *Patient Restraints Minimization Act*, 2001) nelle quali è disciplinato che le misure contenitive, in ogni loro forma, non possono essere usate senza il consenso informato, eccetto che nelle situazioni di emergenza in cui c'è un rischio di lesione per sé o per altri.

Nei casi in cui gli interventi alternativi non si sono dimostrati efficaci, la possibilità di ricorrere alla contenzione dovrebbe essere discussa in *équipe* e con i familiari ed essere sostenuta dalla prescrizione del medico (o di altra persona autorizzata dalla normativa), in cui sia indicata la durata massima della stessa e il tipo di mezzo contenitivo. Il consenso informato dovrebbe essere ottenuto dalla persona assistita o da chi ne ha la tutela giuridica.

La contenzione dovrebbe essere applicata assicurando la maggiore libertà e la migliore qualità di vita possibile. A tal proposito è raccomandato di utilizzare i mezzi meno restrittivi.

Durante il periodo di contenzione è raccomandato un monitoraggio costante – documentato nel piano di assistenza – delle condizioni degli assistiti, delle complicanze e gli effetti correlati alla contenzione, del cambiamento della situazione che ha condotto alla scelta di contenere.

La possibilità di sospendere e/o rimuovere la contenzione dovrebbe essere discussa e rivalutata frequentemente dall'*équipe* assistenziale, con il coinvolgimento

della persona assistita/familiari (*debriefing*); i tentativi per la rimozione, anche attraverso la revisione degli interventi alternativi, dovrebbero essere effettuati appena si evince una situazione più sicura. I *debriefing* sembrano avere un effetto psicologico positivo sia sul personale che sugli assistiti/familiari, per le ripercussioni emotive (paura, immedesimazione, rabbia) ed etiche che spesso implica la decisione di utilizzare la contenzione, oltre ad essere efficaci per evitare episodi futuri di contenzione.

La formazione del personale, di base e continua, è un elemento chiave in quanto consente di aumentare le conoscenze, modificare le attitudini a favore della riduzione della contenzione. Tale formazione dovrebbe includere aspetti legali, etici e clinici (*evidence based*), con particolare riferimento alle possibili modalità alternative per evitare la contenzione nelle persone a rischio. Tuttavia, in base ai risultati di alcuni studi, la formazione rappresenta un elemento necessario ma non sufficiente, da solo, a creare una cultura *restraint free*.

In tal senso, una particolare responsabilità è data alle strutture sanitarie, a cui è raccomandato di implementare strategie che favoriscano una cultura organizzativa che promuova approcci alternativi alla contenzione, il coinvolgimento attivo delle persone assistite e dei loro familiari di riferimento nel processo di cura, e che assicurino uno *standard* assistenziale adeguato ai bisogni degli assistiti e coerente al carico di lavoro, supporto e *feedback* al personale e il miglioramento della sicurezza degli ambienti e degli ausili.

I programmi di miglioramento di qualità dovrebbero includere la rilevazione, il monitoraggio, la valutazione dei casi in cui è stato attivato un processo contenitivo. Gli *audit* sono un utile strumento per valutare gli indicatori di risultato e di processo di un programma di riduzione. I risultati degli *audit* dovrebbero essere diffusi a diversi livelli.

I programmi di riduzione dovrebbero inoltre includere interventi rivolti agli assistiti e/o ai loro familiari. È opportuno sottolineare che l'implementazione di

una linea guida *evidence based*, affinché abbia successo, richiede un piano adeguatamente strutturato e supportato dall'amministrazione che porti all'adattamento locale e allo sviluppo di percorsi clinici assistenziali attuabili nella pratica clinica.

A tal riguardo la RNAO ha sviluppato un set di strumenti che può essere utilizzato per guidare il processo di implementazione nelle organizzazioni sanitarie (RNAO, 2002).

In conclusione, la linea guida *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*, con opportuni adattamenti locali, rappresenta un ottimo riferimento per attivare un processo di implementazione di buone prassi nella pratica clinica, sollecitando gli infermieri (già chiamati dal proprio codice deontologico ad adoperarsi affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali), e per estensione l'*équipe* assistenziale/di cura e gli amministratori delle strutture sanitarie e socio sanitarie, ad adottare un cambiamento culturale a favore di *setting* assistenziali liberi dalla contenzione.

BIBLIOGRAFIA

- Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Il Codice Deontologico 2009.
- RNAO. Registered Nurses Association of Ontario. Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Toronto, 2002 (disponibile su www.mao.org/bestpractices).
- RNAO. Registered Nurses Association of Ontario. Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. Toronto, 2011.
- RNAO. Registered Nurses Association of Ontario. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, 2012.
- Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. Superare la contenzione: si può fare. I Quaderni dell'infermiere, Federazione Nazionale dei collegi IPASVI, L'infermiere 2009;3.
- Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, Magni M, Mariani L, Gazzola M, Gobbi P, Carniel G, Capodiferno N, Mutillo G. L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. Federazione Nazionale Collegi IPASVI, L'infermiere 2012;2.