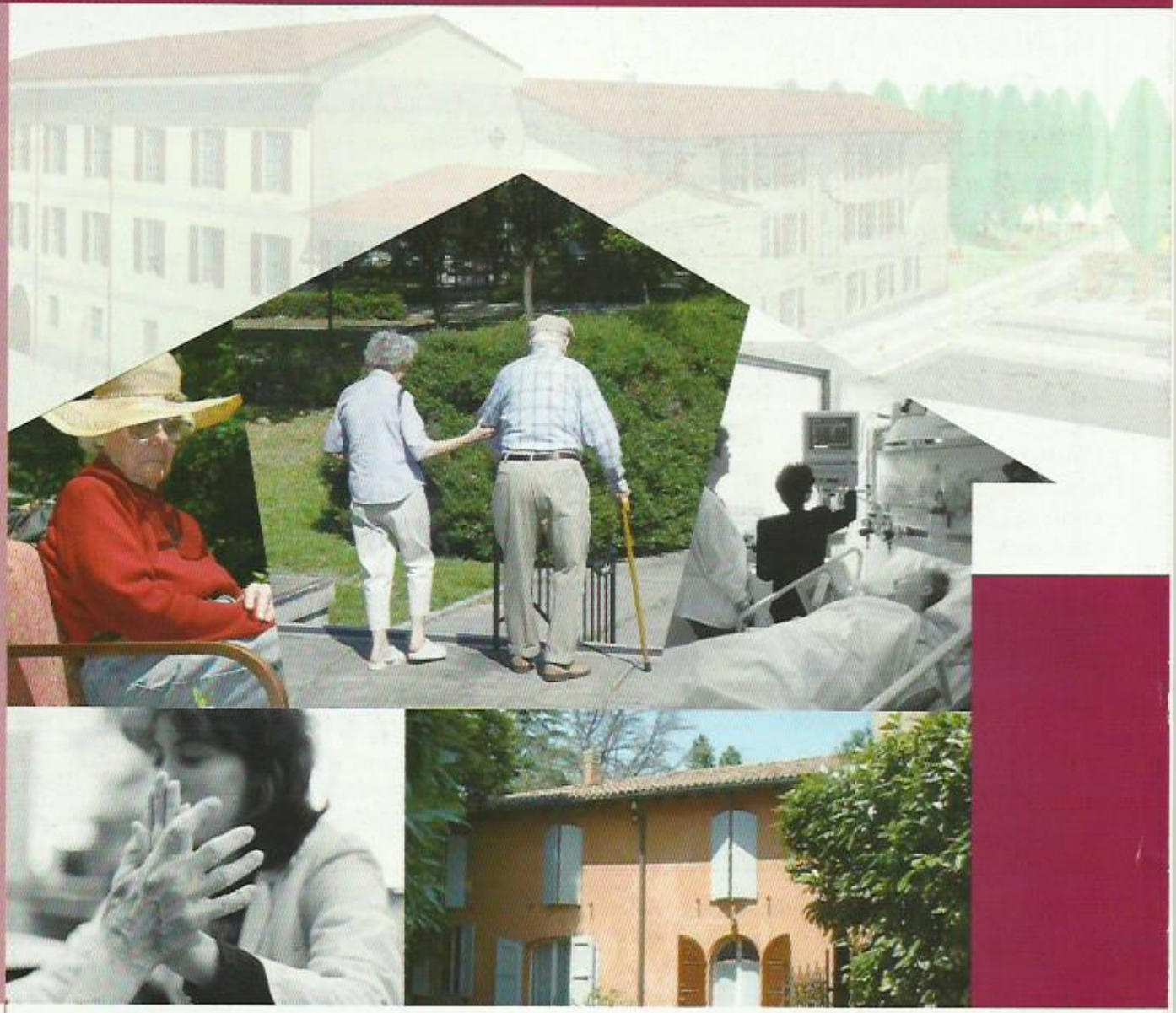
ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XI - N. 4
Dicembre 2013
TRIMESTRALE

4/2013

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato recapito, rinviare a Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente previo addebito pagamento resi



SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

CIC Edizioni Internazionali

I luoghi della cura

Anno XI - N. 4 - 2013

Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

SOMMARIO

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@gruppocic.it

Area pubblicità
Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppocic.it

Area marketing & sviluppo
Carlo Bianchini, bianchini@gruppocic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

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

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

Finito di stampare nel mese di novembre 2013

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

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.
Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

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

© Copyright 2013

CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE
L'anziano cognitivamente compromesso e il rapporto medico-paziente
Marco Trabucchi, Angelo Bianchetti, 4

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO
Le politiche per la cura della popolazione anziana: il quadro internazionale
Giovanni Lamura, Francesco Barbabella, 9

ESPERIENZE
Verso nuovi modelli di residenzialità. Il progetto Abitare Leggero
Fabrizio Giunco, Marco Predazzi, Giuliana Costa, 13

L'Ospedale per intensità di cure: esperienza preliminare dell'Unità Operativa di Cure sub-acute dell'Azienda Ospedaliera della provincia di Lodi
Paolo Cantaluppi, Concetta Paolucci, Carlo Maria Rovelli, Moreno Carli, Valeria Giacomel, Angelo Bracchi, Nicolaos Geroutis, Paolo Bernocchi, Pasquale Giametta, 21

SPUNTI DI DIBATTITO
Il costo delle cronicità nelle geriatrie italiane
Gianluca Merchich, Mariangela Zenga, 25

REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI
IV Rapporto Network Non Autosufficienza – Tra crisi e ripartenza
Cristiano Gori, 30

I luoghi della cura
Anno XI - N. 4 - 2013

L'anziano cognitivamente compromesso e il rapporto medico-paziente

Marco Trabucchi, Angelo Bianchetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La demenza, e in generale la compromissione delle funzioni cognitive, rappresenta un esempio significativo dell'importanza della relazione con il medico nelle varie tappe di una malattia di lunga durata, quando le condizioni cliniche e psicosociali del paziente amplificano il significato curativo di una relazione intensa. Il medico deve adottare per ogni circostanza una metodologia relazionale specifica, abbandonando qualsiasi stereotipo sulla rigidità psichica del vecchio, ma cercando di identificare in ogni momento gli strumenti più adatti. Ad esempio, il paziente anziano affetto da depressione tenderà a rifiutare la relazione, prospettando di sé un'immagine negativa ("ogni mattina mi sveglio con la paura di vivere"); in questi casi il medico deve predisporsi ad un atteggiamento di pazienza, alla ricerca di un contatto che richiede tempo per aprirsi un varco. Alla fine sarà premiata la costanza, la quale a sua volta deriva dalla coscienza delle possibilità di cura che sono offerte da un intervento farmacologico, ma anche – e talvolta soprattutto – da un'intensa relazione interpersonale.

Tornando alla demenza, si pensi, seppure in modo schematico, alle prime fasi, quando il paziente incomincia a sentirsi inadeguato rispetto ai compiti che deve ogni giorno affrontare. Con chi condividere il timore, talvolta anche la vergogna, per questi sintomi? In alcuni casi sono i parenti a ricorrere al medico, perché si accorgono dell'inadeguatezza del loro caro prima che questi ne abbia coscienza. In ambedue le situazioni il medico si trova a fare una diagnosi e allo stesso tempo a gestire le difficoltà soggettive, di per sé rilevanti anche prima di un'eventuale comunicazione. Il paziente chiede consiglio e protezione; il medico deve essere presente; con serenità e pacatezza non deve sottrarsi al compito di rassicurare, mettendo in luce gli aspetti positivi della condizione clinica, senza dare un giudizio su quelli negativi.

Poi arriva il momento nel quale è necessario comunicare la diagnosi. Vi sono molti modi per evitare un'informazione troppo violenta, che potrebbe non essere accettata dal paziente; se il malato vive in un ambiente familiare protetto tutto è più facile, perché il medico avverte in modo più o meno diretto i parenti e assieme a loro predispone un piano di comunicazione, che può variare profondamente a seconda delle condizioni vitali (supporti pratici e psicologici disponibili, responsabilità lavorative, livello economico, problematiche testamentarie, ecc.). Questa fase del rapporto – proprio perché così incerta e imprevedibile – richiede da parte del medico una profonda conoscenza delle possibili variabili umane che caratterizzano la condizione del paziente. Per molti la diagnosi di malattia di Alzheimer, a causa della pressione mediatica di questi anni, ha un effetto simile, o addirittura peggiore, di quella di tumore. Il medico deve quindi essere attento anche all'uso delle parole, sapendo – ad esempio – che talvolta il termine "demenza" è meno aggressivo, più legato ad un uso consueto e quindi meno carico di presagi negativi (recentemente è stato proposto in un'importante rivista clinica di abolire il termine "cancro" nella comunicazione con il paziente: le condizioni sono ovviamente diverse, però sarà utile un ripensamento generale delle modalità formali delle relazioni in ambito clinico).

La conclusione più opportuna è il più delle volte una comunicazione mirata alla specificità delle condizioni di chi la riceve; in questi casi è doveroso farsi carico di un accompagnamento che inizia in quel momento, ma del quale non è prevedibile la fine. Il non comunicare la diagnosi addossa infatti al medico il dovere pesante di seguire il paziente con attenzione, per intervenire a indirizzarne le eventuali decisioni, ma anche i comportamenti quotidiani. Inizia da questo momento una lunga storia naturale, che può raggiungere i 10-12 anni: il

medico diventa un componente della famiglia, perché in questo lungo periodo dovrà sempre fare da consigliere, da guida nelle decisioni, da supporto nelle difficoltà, da lenimento nel dolore, in particolare dei familiari. Talvolta è sufficiente un consiglio su come porsi di fronte ad un comportamento incomprensibile: quello che è difficile da capire per un familiare è infatti spesso ben noto al medico. Ingannare il malato confermando una sua richiesta bizzarra? Fargli credere cose mai avvenute per prevenire atti inappropriati? Il medico deve saper consigliare con intelligenza e discrezione, senza scherzare e senza ledere la dignità dell'ammalato. Non è opportuno riportare il paziente alla "nostra" realtà; è preferibile aiutarlo a vivere serenamente nella sua, sempre con il sorriso sulle labbra, che non è mai di scherno, ma di comprensione empatica.
Il medico deve saper comprendere comportamenti apparentemente impropri di pazienti che "hanno perso la mente"; in questa attitudine è confermato dal sapere che – al pari del marinaio Jimmy descritto da Sachs – i malati possono conservare momenti di lucidità inattesa e drammatica quando sono chiamati a compiti di rilevanza affettiva (si apre a questo proposito il mistero ancora poco esplorato dei rapporti tra affettività, cognitività, malattia). Non si può dimenticare la moglie affetta da demenza che saluta il marito da poco spirato baciandone la fronte con un trasporto intenso e commovente, ma che – uscita dalla stanza – chiede ad un'infermiera: "Chi è quella persona, mi sembra di averla già vista…?" Così il prete ultranovantenne, che sembrava aver perso ogni contatto con la realtà, ma che ha invece conservato la capacità di celebrare la messa con ordine e una partecipazione che certamente non è solo procedurale. Non spetta al medico trasformarsi in questi casi in un "archeologo" della mente; ma il sapere che l'ammalato può avere spazi significativi, anche se nascosti, di coscienza, ne rinforza il compito di accompagnatore solidale, ben diverso da quello di gestore di un fallimento.
Un aspetto ancora oscuro – perché non chiarito dalle conoscenze cliniche – riguarda il livello di coscienza del paziente rispetto agli eventi che lo circondano. Genericamente si intuisce che un atteggiamento di personale vicinanza da parte del medico, di contatto fisico, il rivolgersi con un tono di voce dolce e suasivo possono avere grande importanza. Inoltre, l'immagine di un medico che rispetta il paziente, avendo verso di lui un atteggiamento di attenzione serena, è vissuto positivamente dalla famiglia, che lo sente alleato non solo sul piano tecnico, ma anche umano. In questa prospettiva, una componente fondamentale della relazione è l'informazione offerta ai parenti (e, se opportuno, anche al paziente) sugli eventi che progressivamente caratterizzeranno la storia di malattia. Si deve partire dall'idea di fondo che la cura prestata ad un ammalato è impresa sempre gravosa, che induce un carico così pesante nel *caregiver* da minarne spesso anche la salute. Il medico, in molte occasioni, è il ponte più importante con la realtà e tale viene percepito da chi dedica una "giornata di 36 ore" alla persona ammalata. Ciò vale, anche se con caratteristiche diverse, sia per il parente, pilastro dell'assistenza in famiglia, sia per la badante, alla quale viene affidato questo compito quando la rete dei rapporti di parentela non permette una gestione diretta della persona che soffre. La relazione del medico dovrà essere diversa, ma sempre intensa, perché sentimenti di inadeguatezza, paura, incertezza, sensi di colpa, rabbia, sono molto frequenti. Nel caso delle badanti, a questi si associano il dolore per la lontananza della propria famiglia e il timore per il proprio futuro (di frequente, recentemente, si percepisce che in queste persone la preoccupazione per la salute della persona loro affidata è indotta in maniera prevalente dal timore di perdere un lavoro che oggi, a causa della crisi economica, diventa sempre più raro!).
Ogni evento triste sarà meglio accettato se il medico con tatto e delicatezza l'avrà preannunciato, chiarendone i contorni, le cause, l'evoluzione. Si pensi – tra i molti – a due momenti che caratterizzano la storia naturale della demenza, destinati a lasciare solchi profondi nelle relazioni tra chi presta assistenza e chi la riceve: la comparsa di incontinenza e il mancato riconoscimento, da parte del paziente, del coniuge, di un figlio, ecc. Se l'evento è atteso, non ha l'effetto di una "bomba" nel delicato equilibrio che caratterizza la cura; il parente soffre, ma si dà una ragione di quanto avvenuto, che così è più facilmente accettato. Se, invece, non vi è stata preparazione, la novità ha un effetto drammatico e viene metabolizzata molto lentamente, inficiando per lungo tempo le possibilità di una cura serena.
Talvolta il paziente viene ricoverato in ospedale per problematiche di tipo somatico; l'evento comporta stress per l'ammalato che perde ogni riferimento spaziale, e di conseguenza anche per i familiari che osservano impotenti la crisi del loro caro. In queste circostanze il medico, ancora una volta, rappresenta il punto di riferimento: sia che si tratti del medico di famiglia,

che continua a seguire il suo paziente anche in ospedale, sia che si tratti del medico del pronto soccorso o del reparto, che intuisce la difficoltà e si preoccupa di esercitare un accompagnamento. Recentemente si è aperta la discussione sull'apertura del pronto soccorso e dei reparti di terapia intensiva ai familiari dei pazienti; nella speranza che anche in Italia si possa confermare questa prassi già diffusa altrove, si deve ricordare l'importanza che in momenti di particolare stress la persona affetta da demenza possa essere accompagnata da immagini familiari. In questa logica, il medico deve abbandonare prassi inveterate, conseguenza di una visione che privilegia il servizio e le sue esigenze di efficienza rispetto a quelle del cittadino che esprime un bisogno di protezione.

L'aggravarsi della condizione clinica in conseguenza di patologie somatiche è sempre causa di crisi nell'organizzazione assistenziale; in questi casi il medico diviene il punto di equilibrio di un sistema in difficoltà e deve avere il coraggio di prendere decisioni anche al posto della famiglia, che spesso non è nelle condizioni psicologiche e pratiche per compiere scelte adeguate.

Giunge anche il momento di decisioni ancor più drammatiche, quando si pone il problema di ricoverare il paziente in una residenza; il passo è causa di continui ripensamenti, di incertezze, di sensi di colpa. In questi casi il medico sottopone con lucidità ai familiari lo stato della questione, arrivando assieme a loro ad una decisione, senza irritarsi se il suo intervento equilibratore è interpretato negativamente da qualche componente della famiglia (tendenzialmente chi è vicino al paziente accetta più serenamente i consigli del medico, perché sono il frutto di una collaborazione che si è sviluppata nel tempo; il parente non convivente, e quindi non coinvolto nelle azioni di cura, talvolta è invece fonte di interferenze immotivate nel processo decisionale, creando difficoltà e disagio).

Il rapporto con l'anziano ricoverato in una residenza è sempre delicato, perché il medico rischia di assumere un tono paternalistico, standardizzato, che impedisce qualsiasi dinamica personale con il singolo ricoverato. In alcune strutture il medico è un puro prescrittore di esami clinici e di farmaci; è quindi illusorio che possa dedicare tempo e dedizione ai pazienti; in altri casi più favorevoli, invece, il medico agisce nell'ambito dell'*équipe* ed ha quindi tempo e occasioni per sviluppare una relazione, commisurata con il livello cognitivo dell'ospite. Prima ancora, però, eserciterà una protezione volta a garantire all'anziano il rispetto assoluto della sua dignità, evitando il crearsi – magari inconscio – di comportamenti aggressivi. L'esperienza di tanti anni indica che nelle residenze per anziani la maggioranza dei medici segue comportamenti di rispetto, talvolta caratterizzati dalla disperata constatazione che i loro atti, assieme a quelli dell'altro personale – pur se di poca efficacia – sono gli unici legami del paziente con la vita.

Nelle fasi più avanzate della demenza la famiglia è coinvolta in decisioni complesse e difficili, come autorizzare o meno trattamenti farmacologici, di incerta collocazione tra cura, palliazione, accanimento. Anche in questo caso, se il medico ha intessuto un dialogo intenso con la famiglia, la decisione graverà sostanzialmente sulle sue spalle e avrà lo scopo di garantire il massimo benessere per il paziente, compatibilmente con la condizione clinica. Se, invece, l'intervento avviene in assenza di una relazione significativa rischia di non essere accettato e fonte di atteggiamenti critici da parte della famiglia, talvolta interventista, talaltra astensionista, ma raramente capace di scelte equilibrate.

L'evoluzione dell'epidemiologia delle demenze porrà nei prossimi anni sempre più l'esigenza di un sistema di cure adeguato; certamente si dovrà progettare un modello di assistenza più evoluto dell'attuale, fondato sulle Unità di Valutazione Alzheimer, che pure hanno profondamente modificato in senso positivo l'approccio alle persone ammalate. Ma il ruolo del medico resterà centrale, perché in grado di sviluppare comportamenti adeguati sul piano tecnico e su quello relazionale; anzi, dovrà assumere responsabilità sempre maggiori, sia nella gestione del presente sia nella progettazione del futuro del suo paziente.

Di seguito vengono presentati schematicamente due casi emblematici di come si sviluppa una relazione significativa tra il medico, il paziente e la sua famiglia.

FM, maschio, 82 anni, scolarità 18 anni

I sintomi d'esordio sono: deficit mnesici, ripetitività e modificazioni della personalità (diviene rigido, scontroso, irritabile). MMSE 27/30; la valutazione neuropsicologica mostra deficit della memoria di lavoro. Alla RMN encefalo atrofia temporale. Mantiene un eccellente stato funzionale (guida l'auto, gestisce le finanze). Si informa il paziente che ci sono problemi di memoria connessi ad un "invecchiamento" del cervello e si comunica che è prudente non guidare l'auto durante il periodo della terapia (si iniziano inibitori colinesterasi). Il paziente accetta la terapia e, con qualche rimostranza, la proscrizione della guida. Il deficit cognitivo procede molto lentamente (dopo 4 anni il MMSE è 26/30, mantiene autonomia nelle ADL, esce di casa e fa tragitti limitati con i mezzi pubblici, gestisce piccole somme di denaro). Il coniuge non riesce ad accettare il declino (per quanto lieve) cognitivo ed esprime le sue preoccupazioni: "*...non è più lui... non ce la faccio più ad ascoltarlo: ripete sempre le stesse cose... ho l'impressione che non stiamo facendo nulla per la sua malattia... il futuro mi spaventa... non possiamo renderlo più 'calmo'?...*" Ad ogni colloquio chiede conferma della diagnosi di Malattia di Alzheimer. I due figli sono tenuti al margine della problematica ("*hanno le loro preoccupazioni...*"). Il paziente mantiene un atteggiamento collaborante ed al termine di ogni visita chiede se può riprendere a guidare; alla risposta "*vediamo la prossima volta*" si tranquillizza. Nei successivi anni si assiste ad un declino cognitivo lento (MMSE dopo 7 anni dalla diagnosi 18/30), con un buon mantenimento dello stato funzionale; esce di casa con amici; è divenuto apatico e tale situazione non è accettata dalla moglie che fa un continuo confronto con la situazione pre malattia ("*doveva conoscerlo mio marito...*").

In concomitanza con un episodio infettivo (broncopolmonite) sviluppa un *delirium* ipercinetico e viene ricoverato in ospedale. Il quadro cognitivo e funzionale declina in modo rapido ed alla dimissione viene ricoverato in RSA. Il MMSE passa da 16 prima del ricovero a 8 dopo due mesi di ricovero in RSA; viene sedato per la presenza di disturbi comportamentali e compare un severo disturbo della marcia. I figli sono angosciati per la situazione e chiedono un aiuto per convincere la madre a riprendere in casa il coniuge. Al colloquio la moglie appare serena ("*...lo vedo più calmo... mi sembra sereno... ora sono più tranquilla per lui, perché so che è protetto per il suo futuro...*"). Dopo 6 mesi il paziente decede per polmonite.

AV, donna di 68 anni, 5 anni di scolarità

Inviata all'ambulatorio UVA dal MMG su richiesta dei figli, preoccupati della presenza da alcuni mesi di deficit di memoria a breve termine e ripetitività verbale.

La madre ed una sorella sono state affette da malattia di Alzheimer e i familiari della paziente (i due figli, in particolare) sono preoccupati che anche la madre sia affetta dalla stessa malattia.

La paziente nega la presenza di deficit cognitivi ed afferma che "*va tutto bene*". Anche il coniuge coetaneo sembra non riconoscere le problematiche riferite dai figli.

La valutazione dello stato funzionale è complessa perché il coniuge tende a "mascherare" i deficit della paziente e a scusarli con "l'età".

La valutazione neuropsicologica evidenzia un deficit cognitivo caratterizzato da lieve disorientamento temporale, deficit di memoria di lavoro, di astrazione e prassia costruttiva (MMSE 20/30).

Viene quindi suggerita l'esecuzione di esami ematochimici e di RMN encefalo.

I figli chiedono un colloquio "separato" raccontando che il padre nega la presenza dei deficit cognitivi, interviene in modo "protettivo" nei confronti della moglie.

Gli esami ematochimici risultano nella norma e la RMN cerebrale mostra atrofia corticale prevalente in sede insulare e percolare.

Si tratta quindi di una malattia di Alzheimer con decadimento cognitivo ancora lieve.

Si decide di comunicare alla paziente la presenza di qualche disturbo di memoria, evitando di utilizzare espressioni come "demenza" o "malattia di Alzheimer" per la totale non consapevolezza di malattia della stessa e di inserirla in un percorso di "riabilitazione" cognitiva ambulatoriale. Nel contempo si invita il coniuge ad accompagnare la paziente agli incontri in modo da renderlo maggiormente consapevole delle difficoltà e delle strategie da adottare per compensare i deficit.

In una riunione separata si comunica ai figli la diagnosi di malattia di Alzheimer, li si rende edotti sui possibili sviluppi della malattia e sulla necessità di supportare il padre nel percorso di presa di coscienza delle condizioni di malattia della madre.

A distanza di 6 anni la paziente vive ancora al domicilio con il coniuge e il supporto dei figli, il MMSE è di 15/30; prosegue a frequentare il servizio di riabilitazione ambulatoriale. La paziente è serena, non presenta disturbi comportamentali; il coniuge si è reso consapevole dei problemi cognitivi della moglie (anche se pensa che "*alla sua età c'è chi sta peggio*") e si sente valorizzato nel ruolo di *caregiver* (gestisce completamente la casa).

I casi si prestano ad alcune sintetiche osservazioni, peraltro già prese in considerazione nel testo precedente:

- la comunicazione è sempre un percorso che deve essere costruito in ogni momento, in base all'esperienza, ad un *assessment* ripetuto e alle risposte di chi è l'obiettivo del rapporto;
- la comunicazione con il paziente, il *caregiver* principale e i *caregiver* secondari richiede strategie, modi e tempi che si adeguano in continuazione alla mutevolezza delle condizioni che caratterizzano il rapporto;
- l'obiettivo della comunicazione è la costruzione di un rapporto duraturo, che permetta di seguire il paziente nell'evolvere della malattia; l'obiettivo deve essere perseguito nonostante le frequenti difficoltà e i possibili fallimenti;
- è necessario accettare che i familiari possano non comprendere il significato e gli scopi dell'intervento medico; talvolta, infatti, nonostante il risultato clinico positivo vivono come un fallimento la relazione di cura.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Le politiche per la cura della popolazione anziana: il quadro internazionale

Giovanni Lamura, Francesco Barbabella

INRCA-IRCCS, Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, Ancona

Introduzione

Una delle grandi sfide che l'Italia e molti altri Paesi europei si trovano oggi ad affrontare riguarda l'adeguamento delle politiche per la non autosufficienza (o *long-term care*, con termine invalso nel dibattito internazionale), in un contesto di difficile congiuntura economica e necessità di ottimizzare l'uso delle risorse rispetto alle conseguenze dell'invecchiamento demografico. Nell'auspicio che l'agenda politica italiana possa presto dedicare maggiore attenzione al settore, si ritiene utile proporre in questo contributo un quadro degli approcci prevalenti in materia a livello internazionale, e soprattutto europeo, al fine di favorire una più ampia e approfondita riflessione sulle opzioni di *policy* disponibili. Se non diversamente indicato, le informazioni riportate sono da considerarsi tratte da una recente pubblicazione in materia curata da Rodrigues et al. (2012), a cui si rimanda per il dettaglio dei dati illustrati[1].

Il ruolo della domanda di assistenza

Al fine di comprendere al meglio le differenze esistenti tra i diversi Paesi in termini di politiche adottate per la cura delle persone anziane non autosufficienti, è utile tener conto del fatto che la stessa domanda di assistenza può differenziarsi rispetto a due componenti fondamentali: quella medico-epidemiologica e quella socio-economica.

La componente medico-epidemiologica

Per quanto riguarda la prima, il mero dato demografico suggerisce chiaramente che i Paesi aventi un'età della popolazione mediamente più anziana presentano anche una domanda di assistenza per soggetti non autosufficienti quantitativamente più elevata. Da un punto di vista qualitativo, la popolazione dei Paesi più longevi (cioè con tassi di mortalità infantile e senile molto ridotti, prevalentemente rappresentati da Paesi dell'Europa occidentale, Italia compresa) riporta mediamente un numero di anni di disabilità più elevato soprattutto per l'impatto delle varie forme di demenza (che in totale incidono fino al 25% di tutti gli anni vissuti con disabilità tra gli *over* 60). L'autonomia della popolazione anziana dei Paesi meno longevi (quasi tutti dell'Est Europa), di contro, è invece più spesso inficiata da disturbi della vista, cardio-circolatori e all'ictus (che incidono fino al 20% del totale). Questa differente eziologia del bisogno assistenziale si traduce pertanto in una diversa sollecitazione rispetto alla priorità degli interventi da porre in essere, che il sistema di *long-term care* dei singoli Paesi non dovrebbe trascurare.

La componente socio-economica

Altrettanto – se non ancor più – rilevante è l'impatto delle componenti di natura socio-economica. Tra queste possono in primo luogo ricordarsi le differenze in

[1] Si ringraziano gli autori del volume (Ricardo Rodrigues e Manfred Huber quali co-curatori, e Katrin Gasior, Orsolya Lelkes, Bernd Marin, Andrea Schmidt ed Eszter Zólyomi quali autori), nonché lo *European Centre for Social Welfare Policy Research* di Vienna per aver autorizzato la sintesi in lingua italiana di parte dei dati contenuti in tale volume, scaricabile gratuitamente dal sito: http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf.

termini di struttura dei nuclei familiari: un terzo degli anziani spagnoli e bulgari vive in famiglie che comprendono altri soggetti oltre al coniuge, una tipologia di convivenza che non esiste invece praticamente più tra gli anziani scandinavi ed olandesi (quasi tutti da soli o in coppia). Rilevanti differenze si osservano anche in termini di frequenza nei contatti sociali con amici o parenti, che appaiono particolarmente ridotti in molti Paesi mediterranei (Grecia e Cipro, ma non nella penisola iberica) o dell'Est europeo (Ungheria, Russia, Polonia e Ucraina *in primis*), a fronte di un isolamento quasi inesistente tra gli anziani residenti in Scandinavia e nel Benelux.

Questo divario tra Nord-Ovest e Sud-Est dell'Europa si ripropone anche in termini di partecipazione civica (in organizzazioni politiche o di volontariato) e di accesso ad internet (quale nuovo strumento di contatto sociale), che appaiono entrambi maggiormente praticati nella prima area territoriale. Tale distinzione geografica appare invece meno netta rispetto al rischio di povertà che, seppur mediamente più elevato nel Sud e nell'Est del nostro continente, risulta particolarmente ridotto tra la popolazione anziana di Ungheria, Slovacchia e Repubblica Ceca.

È evidente che queste – talora anche rimarchevoli – disuguaglianze socio-economiche, in certa misura frutto anche di profonde differenze culturali tra i diversi Paesi, si riflettono non solo sulla quantità e qualità della domanda assistenziale, ma anche sull'approccio adottato dai vari Stati nel rispondere politicamente a tale domanda, con un insieme di servizi ed interventi che finiscono col definire livello, caratteristiche e composizione dell'offerta di cure complessivamente erogate.

L'OFFERTA DI ASSISTENZA

Una delle principali distinzioni tradizionalmente operate nel caratterizzare l'offerta di assistenza riguarda la ripartizione tra assistenza formale (cioè erogata da personale qualificato e retribuito contrattualmente, spesso tramite servizi organizzati o trasferimenti monetari) ed informale (cioè prestata gratuitamente da familiari, amici e volontari). Il peso delle due componenti, combinato alle differenze epidemiologiche e socio-economiche sopra osservate, può essere impiegato per distinguere alcune tipologie fondamentali di regimi assistenziali in Europa. Dalla Tabella 1 è infatti possibile osservare che nella gran parte dei paesi europei più popolosi (con l'aggiunta dell'Austria, e compresa l'Italia) la consistente domanda assistenziale trova un mix di risposte informali e formali. Il modello nordico si caratterizza invece per gli elevati investimenti pub-

Tabella 1 - *Tipologia dei regimi di assistenza agli anziani in Europa.*

Tipologia di regime	Domanda di assistenza	Offerta di assistenza		Paesi
		informale	formale	
Standard mix	Media/alta	Media/bassa	Media	Austria, Francia, Germania, Italia e Regno Unito
Nordico-pubblico	Media	Bassa	Alta	Danimarca, Olanda e Svezia
Familista	Alta	Media	Bassa	Grecia, Irlanda, Portogallo e Spagna
In transizione	Media/bassa	Alta	Media/bassa	Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia e Ungheria
Baltico	Bassa	Alta	Bassa	Lettonia e Lituania

Adattato da Lamura et al., 2007; Nies et al., 2013.

blici in quest'ultimo ambito, mentre all'opposto troviamo i Paesi dell'Europa dell'Est (baltici e "in transizione"), in cui è soprattutto sulla sfera informale che poggia il sistema di cure, ancor più di quanto non accada nei Paesi "familisti" dell'area mediterranea (con l'aggiunta dell'Irlanda), anch'essi tradizionalmente contraddistinti da uno scarso sviluppo del sistema di *welfare*.

Le cure informali

In pressoché tutti i Paesi, compresi quelli con sistemi di *welfare* avanzato, la gran parte delle cure agli anziani non autosufficienti viene prestata secondo modalità informali (Triantafillou et al., 2011) e prevalentemente da donne (ad esempio mogli, figlie e nuore degli assistiti), soprattutto a basso reddito. L'intensità delle cure informali – ciò non sorprende – è maggiore (come ore prestate) nei Paesi dove i servizi formali sono meno sviluppati (in Europa meridionale e settentrionale), e nei quali il supporto informale si concentra su un numero relativamente ristretto di persone.
Una conseguenza (o causa) di tale situazione è che nei Paesi caratterizzati da un peso rilevante dell'assistenza informale le misure adottate per sostenere chi la presta – ad esempio tramite periodi di aspettativa per favorire la conciliazione tra lavoro e attività di cura – appaiono generalmente più frequenti e generose per durata e livello di remunerazione. Tale soluzione viene perseguita con meno vigore nei Paesi a *welfare* avanzato dove, da un lato, si teme che chi ne usufruisce (come detto, soprattutto donne) possa poi incontrare difficoltà a rientrare nel mercato del lavoro; e dall'altro, la cura della non autosufficienza è maggiormente "professionalizzata", cioè ritenuta un compito da affidare a personale specializzato. Un'altra forma rilevante di sostegno alle cure informali è quella dei trasferimenti monetari (come assegni e/o indennità di cura), di cui si dirà più avanti (in quanto tipologia di intervento configurabile come parte integrante dell'offerta formale).

L'offerta "formale": servizi assistenziali e trasferimenti monetari

Il "cuore" delle politiche a sostegno della non autosufficienza è certamente costituito dai servizi assistenziali erogati direttamente agli interessati, a cui tuttavia negli ultimi decenni si sono sempre più spesso affiancate, nei diversi Paesi, misure volte ad indennizzare monetariamente i destinatari delle cure. Per quanto riguarda i primi, una distinzione rilevante è quella tra servizi domiciliari e residenziali.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è la modalità d'intervento politicamente preferita – almeno nelle intenzioni – dai governi di tutti i Paesi, oltre che auspicata dalla gran parte degli utenti. Di fatto, forti differenze possono osservarsi nella messa in pratica di tale opzione. In quasi tutti i Paesi l'assistenza domiciliare prevale (per numero di utenti serviti) su quella residenziale, e raggiunge, soprattutto nei Paesi scandinavi (ma anche nei Paesi Bassi, in quelli alpini – Austria e Svizzera – nonché in Irlanda e Inghilterra), una platea superiore al 10% degli ultrasessantacinquenni. All'opposto, molto contenuta (con valori inferiori al 4% degli *over* 65) risulta la sua diffusione nella penisola balcanica e nei Paesi baltici, oltre che in Polonia e Slovacchia.
Quasi ovunque, comunque, negli ultimi anni il ruolo dell'assistenza domiciliare è venuto crescendo. A questo si è inoltre affiancato un ulteriore fenomeno, quello dell'assunzione a titolo privato, da parte delle famiglie di anziani non autosufficienti, di personale straniero per la cura della persona e della casa (Colombo et al., 2011a). Questa tendenza, particolarmente rilevante nei Paesi mediterranei (Italia, Spagna e Grecia *in primis*), ma anche in quelli a tradizione di *welfare* "continentale" (Austria e Germania), è stata favorita dalla crescente diffusione di forme d'indennità monetaria, che stimolano il mercato privato delle cure, i cui destinatari finiscono quindi col diventare anche datori di lavoro del personale di cura. Diverso è il caso dei Paesi del Nord-Ovest europeo in cui l'immigrato viene invece più frequentemente assunto da enti erogatori di servizi (a domicilio o in istituto), e non dalle famiglie.

L'assistenza residenziale

Diversamente da quanto osservato per l'assistenza a domicilio, il settore dell'assistenza residenziale nel corso degli ultimi anni ha registrato pressoché dovunque uno stallo in termini di popolazione anziana raggiunta (con quote che variano dal 6-8% del contesto scandinavo all'1-3% dei Paesi baltici e mediterranei), se non addirittura una contrazione (è il caso di Svezia e Norvegia). Questo risultato è frutto, da un lato, della preferenza attribuita dagli utenti alla permanenza nel proprio contesto domiciliare, dall'altro, delle attuali politiche di contenimento della spesa, dato il maggior costo pro-capite che l'assistenza residenziale mediamente

comporta. Un effetto di tale sviluppo è che i fruitori dell'assistenza in strutture residenziali sono tendenzialmente caratterizzati da età e grado di non autosufficienza sempre più elevati.

I trasferimenti monetari

Come sopra anticipato, un numero crescente di Paesi ha adottato – in affiancamento o sostituzione agli interventi e servizi in natura per anziani non autosufficienti – politiche di indennizzo monetario degli stessi, o di supporto del ruolo svolto dai loro *caregiver* informali (Colombo et al., 2011a). Attualmente, queste misure appaiono rilevanti soprattutto nei regimi continentali (Austria e Germania) e mediterranei (Italia e Spagna), ma stanno assumendo una crescente importanza anche in quelli liberali (Irlanda e Inghilterra) e, seppur nelle forme particolari (più sotto specificate), in quelli nordico-scandinavi.

Una distinzione rilevante in merito concerne il destinatario dell'indennità, che può essere l'anziano stesso o chi lo assiste. In questa sede sia sufficiente ricordare che, nel primo caso – prevalente nella gran parte dei Paesi in cui esistono indennità di cura, compresa l'Italia – la disponibilità diretta dell'indennità da parte della persona non autosufficiente favorisce (in assenza di vincoli di destinazione) una maggiore flessibilità nel suo utilizzo, ed è resa più agevole anche dalla semplicità di individuazione del beneficiario. Quando il destinatario di tali trasferimenti monetari è il familiare *caregiver*, oltre alla difficoltà di individuazione univoca dello stesso, possono distinguersi due principali modelli: quello in cui l'indennità rappresenta una remunerazione del familiare che assiste (soluzione tipica del modello scandinavo), e quello in cui l'erogazione dell'indennità è vincolata a limiti di reddito e/o di numero minimo di ore di cura prestate (come nei regimi liberali di Irlanda e Regno Unito). In entrambi i casi, sebbene tale soluzione costituisca da un lato un positivo riconoscimento dell'attività di cura informale, dall'altro rischia (se non adeguatamente costruita e monitorata) di incentivare l'irregolarità del mercato delle cure (come l'esempio italiano chiaramente insegna), e/o di "intrappolare" molte donne in un ruolo ai margini del mercato del lavoro (invece di stimolarle ad entrarne a far parte come operatori professionalmente qualificati), finendo con il dequalificare il "valore socialmente attribuito" all'intero settore ed all'attività di cura in sé.

Osservazioni conclusive

I dati sopra riportati evidenziano come le risposte fornite dai diversi sistemi di *welfare* alle esigenze della popolazione anziana non autosufficiente – in Europa come altrove – differiscono talora anche sostanzialmente. Una più approfondita disamina di tali differenze, e dei pro e contro ad esse associati, sarebbe certamente utile per capire come meglio riformare il nostro sistema italiano di assistenza nel settore: un obiettivo, questo, auspicabile, data la carenza di sistematici interventi migliorativi negli ultimi 30 anni. Le proposte, in tal senso, non mancano, come dimostrano i suggerimenti forniti anche recentemente da esperti internazionali (Colombo et al., 2011b). Che questi suggerimenti vengano poi recepiti, dipenderà anche da come riusciremo a recuperare, nel nostro Paese, il senso profondo dell'art. 38 della nostra Costituzione, quando stabilisce che "vanno assicurati a tutti i cittadini i mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia": una sfida a cui non possiamo sottrarci, ma nella quale occorrerà certamente investire più di quanto siamo stati finora capaci di fare.

Bibliografia

Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD, 2011a.

Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Come cambia la realtà internazionale: l'analisi dell'OCSE. In: NNA (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti. 3° Rapporto. Maggioli Editore, Rimini 2011b. Reperibile all'URL www.maggioli.it/rna/2011/pdf/rapporto2011-assistenza_anziani.pdf.

Lamura G, Mnich E, Bien B, Krevers B, McKee K, Mestheneos E, Doehner H. Dimensions of future service provision in the ageing societies of Europe. Paper presentato all'European Congress of Gerontology and Geriatrics, San Pietroburgo (Russia), 5-7 luglio 2007. Advances in Gerontology 2007;20(3):13.

Nies H, Leichsenring K, Mak S. Emerging identity of long-term care systems in Europe. In: Leichsenring K, Billings J, Nies H. Long-term care in Europe. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013.

Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2012. Reperibile all'URL www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf.

Triantafillou J, Naditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, Di Santo P, Bednarik R, Brichtova L, Ceruzzi F, Cordero L, Mastroyiannakis T, Ferrando M, Mingot K, Ritter J, Vlantoni D. Informal care in the long-term care system. Executive Summary. Athens-Vienna: INTERLINKS Consortium, 2011. Reperibile all'URL www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf.

Verso nuovi modelli di residenzalità. Il progetto Abitare Leggero

Fabrizio Giunco, Marco Predazzi**, Giuliana Costa****

**Polo Lombardia 2, Fondazione Don Gnocchi, Milano*
***Fondazione Il Melo Onlus, Gallarate (VA)*
****Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano*

INTRODUZIONE

La vecchiaia è un processo dinamico, che si sviluppa oggi in tempi più lunghi e con modalità più articolate di quanto fosse in passato. Persone e famiglie affrontano in gran parte da sole i cambiamenti che questo processo determina: il passaggio dalla vita indipendente alla vita assistita; il sopraggiungere della totale dipendenza; le delicate fasi di transizione fra un tempo e l'altro; i complessi processi di riprogettazione esistenziale e di riorganizzazione familiare che le accompagnano. La rete dei servizi formalizzati italiana è orientata soprattutto verso le disabilità più gravi o le più evidenti necessità di malattia, mentre sono poco diffuse le soluzioni rivolte ad anziani con esigenze meno specifiche o di apparente minore entità.

Il Progetto Abitare Leggero[1] ha esplorato i nuovi modelli che la letteratura e gli scenari internazionali propongono, con particolare riferimento alle diverse forme di residenzialità abitativa e comunitaria, non istituzionali e ad organizzazione leggera, il cui obiettivo è quello di favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità durante il naturale processo di invecchiamento e per il maggior tempo possibile ("*ageing in place*")[2], offrendo risposte proporzionate, sussidiarie e coerenti con i desideri delle persone.

È utile riflettere, a questo proposito, sul fatto che i più grandi moltiplicatori di bisogni sono oggi i normali modelli di organizzazione urbana (OECD, 2003). Le persone più deboli incontrano difficoltà sistematiche nella loro vita quotidiana, per provvedere a sé stesse, spostarsi, mantenere relazioni, interagire con la distribuzione commerciale, con il mondo bancario o con quello delle pubbliche amministrazioni. Si tratta di difficoltà che nascono da una progettazione di questi sistemi, che fatica a rappresentare la variabilità dei funzionamenti implicita nello sviluppo dell'esistenza. Ogni anziano che non sia messo in condizioni di poter sostenere le proprie esigenze quotidiane è destinato a diventare un potenziale utente di possibili e più complessi nuovi servizi. Così, piuttosto che pensare solo a questi, soprattutto in uno scenario di risorse limitate, sembra utile costruire intorno alle persone e alle famiglie un ambiente favorevole alla normale espressione di sé e alla gestione autonoma delle soluzioni necessarie (WHO, 2007).

PER QUALI POPOLAZIONI?

Operare con questi obiettivi presuppone una comprensione più analitica del processo d'invecchiamento e, soprattutto, dei rischi più frequenti a cui la persona

[1] Il progetto Abitare Leggero è stato realizzato con il contributo di Fondazione CARIPLO e ha coinvolto – insieme agli enti gestori dei servizi che hanno accettato di partecipare al suo sviluppo – due organizzazioni partner: la Fondazione Housing Sociale di Milano e la Società Cooperativa Sociale La Meridiana di Monza. È stato progettato come ricerca partecipata e si è sviluppato in due anni di lavoro. Nel suo sviluppo sono state analizzate la letteratura e la modellistica internazionale, intervistati esperti, promosso *focus group* e *workshop* sui principali temi in gioco. È stato quindi costruito un *network* di servizi di residenzialità leggera già attivi sul territorio lombardo. Sono stati analizzati modelli di sostegno abitativo e di residenzialità non istituzionale, orientati a favorire la vita indipendente o sostenere le prime esigenze di vita assistita in contesti amichevoli e fortemente integrati con i normali servizi di comunità. A tutti gli attori sono state proposte alcune ipotesi di lavoro, tratte dalla letteratura e dalla modellistica internazionale e rielaborate dal gruppo di ricerca. Insieme ad essi sono stati quindi progettati gli approfondimenti successivi. Le strutture sono state analizzate rispetto a organizzazione, obiettivi, modelli di riferimento, servizi offerti, soluzioni architettoniche, popolazioni accolte.

[2] www.seniorresource.com/ageinpl.htm

è esposta lungo il suo naturale sviluppo. Intervenire sui fattori di rischio, prima che sulle sole situazioni di disabilità conclamata, appartiene alla cultura della prevenzione e, come in altri ambiti, ha esiti positivi anche rispetto all'utilizzo appropriato dei servizi formalizzati.
I sottogruppi di popolazione in esame sono meno abituali per i servizi formalizzati e per la programmazione politica, ancora orientati verso una visione dicotomica dell'autonomia e della dipendenza. L'attenzione alla fragilità, ad esempio, consente di individuare dei "periodi finestra" nei quali agire attraverso interventi di prevenzione o di sostegno adattativo, con particolare riferimento alle situazioni di pre-fragilità (Gill, 2010). La stessa disabilità evolve in modo graduale in circa la metà dei casi (Zanetti, *in press*). In questo scenario, assumono particolare significato soprattutto le prime limitazioni nelle funzioni strumentali (IADL). L'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) suggerisce di valutare in dettaglio le potenzialità delle persone, confrontandole con il ruolo di facilitazione o barriera che l'ambiente propone e che possono favorire o limitare la risoluzione autonoma dei problemi e condizionare la qualità di vita. Le barriere ambientali e sociali, la struttura della rete dei servizi o un cattivo approccio alle situazioni di rischio, possono contribuire anche a un precoce esaurimento delle ridotte riserve funzionali di persone disabili o fragili per la maggior fatica richiesta dai processi di adattamento (Micheli, 2004).
I numeri in gioco sono consistenti[3]. Micheli (2004) ha analizzato quattro *Social Survey* realizzate in Nord Italia tra il 1995 e il 1998. La revisione statistica mostra come le limitazioni nelle IADL interessino a 70 anni il 40% delle persone, a 80 il 75% e circa la totalità degli ultra 85enni. Più difficili le stime sulla fragilità, condizionate dai diversi criteri di rilevazione. Secondo lo studio *SHARE*[4], la prevalenza in Italia di anziani fragili è – escludendo i disabili dal calcolo – del 14,3% della popolazione ultrasessantacinquenne, mentre i pre-fragili rappresentano il 48,8%. La ricerca IRER su un campione di 3.000 anziani lombardi (Guaita, 2000) segnala come il 32,7% e il 3,6% degli anziani con indicatore di fragilità standardizzato medio-elevato o elevato siano privi di una rete di sostegno.

Letteratura e modelli in evoluzione

Anche per questi motivi, oltre che per un miglior utilizzo delle risorse, nei paesi a economia avanzata sono stati sperimentati e implementati molti nuovi modelli di intervento[5], soprattutto orientati a ripensare o arricchire il concetto di abitare. Esiste una letteratura ormai consistente che fa riferimento a descrittori di ricerca di nuova generazione, come *independent living facilities* e *assisted living facilties*[6]. È un mondo fluido e in divenire, che va dalle politiche di adattamento e arricchimento delle abitazioni fino alla diffusione di modelli aggiornati di *housing* sociale, di abitazioni integrate da servizi accessori e di forme non convenzionali di residenzialità comunitaria. Questa evoluzione è sostenuta anche da un ripensamento dei sistemi domiciliari, sempre più arricchiti da funzioni di prossimità e sostegno alla quotidianità: consegne a domicilio, preparazione dei pasti, trasporto, rassicurazione e monitoraggio, *case-management* e mediazione di rete (Brayne, 2006). Molti paesi hanno tradotto queste indicazioni in consistenti strategie politiche, che mettono in discussione molti paradigmi tradizionali. Ad esempio, il confine tradizionale fra servizi residenziali e di *home care*. Paradossalmente, la più alta percentuale di persone assistite in residenze istituzionali vive proprio nei paesi che garantiscono gli investimenti più elevati sui sistemi domiciliari (*Council of the European Union*, 2009). Questo dato, che sembrerebbe rappresentare il falli-

[3] Applicando i dati di prevalenza proposti alla popolazione lombarda al 2021, si può derivare che siano non meno di 700.000 gli ultra 70enni con possibili o sicure limitazioni nelle IADL, 400.000 i soli ultra 85enni con verosimile totale dipendenza nella stessa area, 325.000 gli anziani fragili e circa 1.100.000 quelli pre-fragili. Inoltre, potrebbero essere almeno 140.000 gli anziani con fragilità elevata o medio-elevata e reti di sostegno assenti.
[4] http://www.share-project.org
[5] È possibile citare (fra parentesi la sigla del paese): Alloggi Life-Resistant (NL), Seniorcitizen label (NL), Ensemble2generation (F), Habitat Reameneige (F), Granny-annexe (F), Vie Dome (F), Logement Foyer (F), Samyer Residences (F), Gruppbostader (Swe), Viviendas Dotacionales (E), Le Balloir (B), Logement c/o Maison de retrait (F), Residences services (F), Care Center Residences (NL), Altenwohnheim in Residence (D), Maison Caongourou (B), Kangaroo House (N), Nursing Dwellings (DK), Abbeyfield (UK), Cantous (F), Hotel Care (NL), Residential Care Homes (UK), Etablissement d'hébergement personnes agées dépendeantes (F), Woonzorgcentra (NL), Sheltered House (Swe), Assisted Living Facilities e Continuing Care Retirement Communities (USA).
[6] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh

mento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione da parte dei servizi domiciliari tradizionali, appare più comprensibile alla luce del fatto che nella maggior parte delle realtà nazionali le forme abitative e residenziali sociali superano le istituzioni di ricovero sanitarizzate, giocando un ruolo sempre più rilevante nello spazio intermedio di protezione tra queste e il domicilio privato. In Europa sembra quindi esistere un *trend* virtuoso orientato verso lo sviluppo di una rinnovata domiciliarità globale, termine che non comprende solo servizi domiciliari di nuova generazione, ma sostanziose politiche di *housing* sociale e reti operative a forte integrazione di competenze. Con queste modalità, ad esempio, la Danimarca ha ridotto nel periodo 1987-2006 i posti letto istituzionali da 50.000 a 26.000 unità, a fronte di una residenzialità sociale passata a 53.000 unità. Negli Stati Uniti, le residenze per la vita assistita (*Assisted Living Facilities*, ALF) hanno conosciuto uno sviluppo particolarmente consistente (Wilson, 2007), favorito dall'incontro fra le esigenze dei consumatori, dei gestori e delle agenzie governative. Nella percezione comune, si tratta infatti di strutture più gradite, più facili e più economiche da gestire (Unwin, 2010). Nel 2010 sono state censite 31.100 ALF[7], in grado di accogliere poco meno di 1 milione di anziani (Park-Lee, 2011), dato ormai poco distante dagli 1.5 milioni di anziani accolti nelle 16.100 *Nursing Homes* (NH) (Jones, 2009). Soprattutto nelle regioni occidentali, le ALF rappresentano ormai l'offerta prevalente di servizi per anziani.

La cultura dell'arco di vita

Questi scenari sono coerenti con le indicazioni culturali dell'ONU (2003), che hanno rilanciato le potenzialità della cultura dell'arco di vita. Le persone anziane non sono una categoria standardizzabile, ma mantengono una caratteristica variabilità individuale che si declina lungo l'intera storia della propria esistenza. L'invecchiamento è un processo in costante divenire, affrontato da ciascuno attingendo alla propria plasticità evolutiva e vissuto in un tessuto intergenerazionale di relazioni. Come tale, si tratta di un processo personale e dinamico, in grado di interagire attivamente con le sollecitazioni sociali. Si tratta di temi che devono trovare in qualche modo riscontro nella corrispondente filosofia dei servizi. Le parole chiave utili a questo scopo sono riassunte nella Tabella 1 (Predazzi, 2002). In questo contesto, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) non sono più considerate genericamente un possibile e alternativo modello a servizi più leggeri. Piuttosto, è chiaro quale sia il loro ambito specifico di utilizzo, come luogo sempre più dedicato alla presa in

Tabella 1 - *Principi guida per lo sviluppo di modelli di servizio coerenti con la cultura dell'arco di vita.*

L'eventail *("à chaqun sa vieillesse"* Predazzi, 2000*)*: garantire ai più anziani la scelta tipologica più ampia possibile tra soluzioni abitative e opzioni di protezione, in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali.
Habitat Pad: utilizzare le soluzioni abitative intermedie, adeguatamente attrezzate, come piattaforma strutturale sui cui appoggiare le diverse forme e strategie di *home care*.
Lifespan: adeguare alloggi e supporti sanitari e assistenziali alla persona nella sua abitazione, con soluzioni in grado di accompagnarla per un arco ampio della sua vecchiaia, piuttosto che costringerla alle migrazioni attraverso strutture a diverso grado di intensità assistenziale.
Architettura globale: progettare gli spazi di socialità e i servizi secondo una visione globale, i cui elementi fondanti sono rappresentati da multigenerazionalità e integrazione urbana.
La Rete: valorizzare nelle politiche sociali le risorse delle reti informali e le risorse strutturali, la convergenza sull'obiettivo delle competenze pubbliche, no profit e private, le sinergie di prossimità e le economie di scala per realizzare politiche sociali.

[7] Le strutture sono state censite dalla *National Survey of Residential Care Facilities*, un'indagine nazionale promossa dal *Center of Disease Control* e dal *Prevention's National Center for Health Statistics*.

carico delle esigenze degli ultimi due-tre anni di vita[8] e chiamato ad adottare filosofie operative al confine fra geriatria e cure palliative (EAPC, 2013). In ugual modo, viene messa in discussione la tradizionale articolazione delle residenze istituzionali in modelli a diversa intensità di cura; questi, impongono alle persone ripetuti cambi di struttura proprio negli ultimi anni di vita; è una modalità non gradita, che limita la continuità delle cure ed è una possibile fonte di inefficienze di sistema.

Soluzioni abitative e residenze di vita assistita

Le nuove forme di residenzialità sociale sono più spesso rappresentate da strutture di dimensioni contenute, ad alta caratterizzazione domestica, orientate a sostenere in modo proporzionale le esigenze di vita indipendente e di vita assistita dei più anziani. Adottano soluzioni organizzative leggere e valorizzano in modo particolare la dimensione relazionale del rapporto di cura (Kemp, 2009). Le ridotte dimensioni e la diffusione territoriale garantiscono il mantenimento di un'identità più facile da interpretare per le persone, rassicurandole rispetto al timore di essere espulse dalle dinamiche di vita e di relazione che danno significato alla propria esistenza. Il privilegio delle relazioni riduce e media l'impatto con un luogo che deve "anche" garantire servizi, ma che lo fa con la misura e la delicatezza necessarie a non far sentire la persona e la sua famiglia totalmente esautorate. Molte esperienze italiane operano con modelli simili, attraverso soluzioni abitative integrate da servizi accessori (portineria sociale, reperibilità telefonica, monitoraggio leggero, assistenza domestica, piccola manutenzione, sostegno logistico) o soluzioni di vita comunitaria più orientate verso le limitazioni iniziali delle autonomie quotidiane. Le più recenti propongono anche soluzioni integrate – domiciliari, abitative, comunitarie e diurne – progettate per favorire il mantenimento delle persone nella propria comunità (*Fondazione Housing Sociale, in press*). Gli anziani residenti restano a carico dei sistemi di cure primarie e le strutture sono sempre ben collegate con i servizi domiciliari e di rete.

Altri modelli hanno maggiore attinenza con i progetti di edilizia pubblica o di civile abitazione, come nel caso delle *viviendas dotacionales* catalane (Cocco, 2011). Si tratta di un programma di edilizia residenziale pubblica per anziani e per altri gruppi di popolazione, come studenti o giovani famiglie. Il progetto è governato da appalti pubblici che impongono una buona localizzazione della realizzazione rispetto alla città, la distanza massima dai luoghi di servizio, la ripartizione fra spazi privati e spazi sociali; le popolazioni diverse (anziani e giovani) sono accolte in aree distinte, ma collegate in modo da facilitare sia la reciproca indipendenza che le occasioni di incontro e socializzazione. I complessi sono arricchiti da funzioni accessorie – coordinamento, animazione, monitoraggio, prima assistenza in caso di necessità – attraverso operatori appartenenti a cooperative selezionate dall'Ente locale. L'offerta di appartamenti avviene a canone sociale, le costruzioni sono di buona qualità e l'abitare piacevole e ben integrato con la città. Esempi simili si trovano in altri paesi. Possono essere rappresentati da semplici regole di buona costruzione dettate per la civile abitazione (OECD, 2003) che favoriscono l'adattabilità delle nuove realizzazioni alle esigenze di vita dei più anziani. Oppure, veri e propri sistemi abitativi, intergenerazionali e multiservizi, in grado di accompagnare l'intero arco di vita in vecchiaia dei residenti; è il caso, ad esempio, delle *Continuing Care Retirement Communities* statunitensi. Anche in Italia sono reperibili esperienze interessanti di arricchimento con servizi dei complessi di edilizia popolare storica o di progettazione di complessi abitativi che riprendono molte di queste soluzioni.

Le strutture e le popolazioni di Abitare Leggero

Il progetto Abitare Leggero ha esplorato l'applicazione di queste prassi su un campione di esperienze già attive sul territorio lombardo. Sono state selezionate 52 strutture che offrono un complesso di 467 appartamenti, 352 posti di residenzalità comunitaria e 167 di tipo semi-residenziale, più spesso gestite da cooperative sociali, comuni e altri enti *no profit*. Soprattutto le esperienze più recenti si propongono più spesso co-

[8] Le RSA accolgono oggi soprattutto persone con demenza grave, totale dipendenza nelle BADL, instabilità clinica e indicatori prognostici negativi. Nel 2020 il 40% dei cittadini statunitensi troverà in esse il suo luogo finale di vita e dati simili si ritrovano nei diversi contesti europei (Houttekier, 2010).

I luoghi della cura
Anno XI - N. 4 - 2013

me centri polifunzionali, offrendo servizi integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale, ben collegati alla rete dei servizi di comunità.

Le denominazioni sono fluide e numerose, in analogia a quanto già noto anche in altri paesi. Le strutture sono in genere di dimensioni contenute[9] e ben realizzate. Derivano più spesso dalla ristrutturazione di stabili già esistenti, ma sono presenti anche progetti dedicati di prima realizzazione. La progettazione architettonica è in qualche caso migliorabile; le realizzazioni sono gradevoli ed è sempre garantita l'assenza di barriere architettoniche, ma sono ancora poco diffuse attenzioni specifiche ai problemi sensoriali o alle possibili limitazioni delle funzioni mentali superiori. Soprattutto i progetti più recenti prestano attenzione al pericolo di realizzare "cittadelle per anziani" isolate e autoreferenziali, rispetto alla costruzione di sistemi intergenerazionali, ben integrati e comunicanti con la vita degli ambienti urbani circostanti.
I residenti sono stati raggiunti con interviste dirette semistrutturate e valutati, sotto il piano funzionale, con il modulo VAOR LTCF del sistema interRAI[10]. Gli anziani sembrano unanimemente soddisfatti dell'assistenza ricevuta. Si sentono sicuri, protetti e vivono positivamente le relazioni con gli operatori e gli altri residenti; queste relazioni contribuiscono alla percezione di sicurezza soggettiva. Investono sotto il piano personale nella nuova sistemazione e non ipotizzano nuovi cambiamenti abitativi nel loro futuro diversi dal ritorno – se possibile – al proprio domicilio; nelle residenze comunitarie questa soluzione è frequente e sono ridotti i passaggi diretti verso le RSA.
Gli ospiti delle soluzioni abitative hanno un'età all'accoglienza di 70-75 anni, sono in genere soli e con nuclei parentali molto ridotti. Sono autonomi nelle BADL ma possono presentare livelli diversi di compromissione nelle IADL. La motivazione principale della nuova sistemazione è legata più spesso a problemi abitativi preesistenti: residenza primaria mal localizzata, di dimensioni eccessive, degradata, oppure non più disponibile per problemi economici. La maggior parte degli anziani non dispone di un'abitazione di proprietà e ha spesso alle spalle una lunga storia di disagi abitativi. L'accoglienza è più spesso di lungo periodo, prossima o superiore ai dieci anni.
Gli ospiti delle residenze comunitarie sono più anziani, con un'età media all'accoglienza vicina agli 85 anni. Presentano più spesso limitazioni nelle BADL e sono già totalmente dipendenti nelle IADL. I rispettivi nuclei familiari, anch'essi di dimensioni ridotte, sono già impegnati nel loro sostegno e le motivazioni principali dell'accoglienza sono legate a difficoltà intercorrenti nel lavoro di cura: necessità di riposo, malattie intercorrenti del *caregiver* principale, malattie o disabilità di altri familiari anziani. Oppure, a sostenere le necessità di riadattamento alla vita quotidiana successive a ricoveri ospedalieri o riabilitativi. Al contrario che nelle soluzioni abitative, gli anziani mantengono più spesso la disponibilità di un'abitazione primaria di proprietà. L'accoglienza è circoscritta nel tempo: 3 o 6 mesi, più raramente uno o due anni.
La valutazione VAOR è stata applicata a un campione di 300 anziani, che si distribuiscono soprattutto nel raggruppamento Funzione Fisica Ridotta (68,7%) e nel RUG 44 (Fig. 1), quello di partenza del sistema di classificazione. Meno frequente, ma presente, l'assegnazione ai RUG immediatamente superiori; i tempi di assistenza stimati sono inferiori a quelli previsti come *standard* minimi per le RSA lombarde[11] in poco meno del 75% del campione. Le limitazioni ADL sono di entità ridotta e sostenibili per lo più con funzioni di organizzazione, supervisione di vita o assistenza limitata (Fig. 2). Fino al 40% dei residenti mostra alterazioni delle funzioni mentali superiori. Si tratta di un dato compatibile con quello derivato dagli studi internazionali, che hanno già dimostrato come queste popola-

[9] Il tema del corretto dimensionamento è ancora oggetto di dibattito scientifico. In generale, nei modelli internazionali le soluzioni abitative tendono a dimensionamenti più consistenti di quelli rilevati nel campione lombardo, per garantire migliori efficienze di sistema. Le soluzioni di vita assistita sono invece più vicine ai dimensionamenti rilevati (non oltre i 30 posti letto); questo per ridurre l'aspetto istituzionale e favorire la personalizzazione degli interventi e la qualità delle relazioni.
[10] Il modulo LTCF (*Long Term Care Facilities*) è stato utilizzato, invece che il più appropriato VAOR *Home Care* (il *Vaor Assisted Living* non è stato ancora validato nella versione italiana), per garantire una migliore confrontabilità con i dati in via di raccolta nella sperimentazione regionale sulle RSA. Uno dei temi oggetto di dibattito attuale è proprio quello della possibile presenza nelle RSA di anziani portatori di esigenze di minor intensità assistenziale e possibili destinatari privilegiati di servizi più leggeri, come quelli in oggetto, mentre è possibile che anche nelle residenze leggere siano presenti anziani con esigenze di livello più elevato.
[11] 901 minuti settimanali di assistenza per ospite.

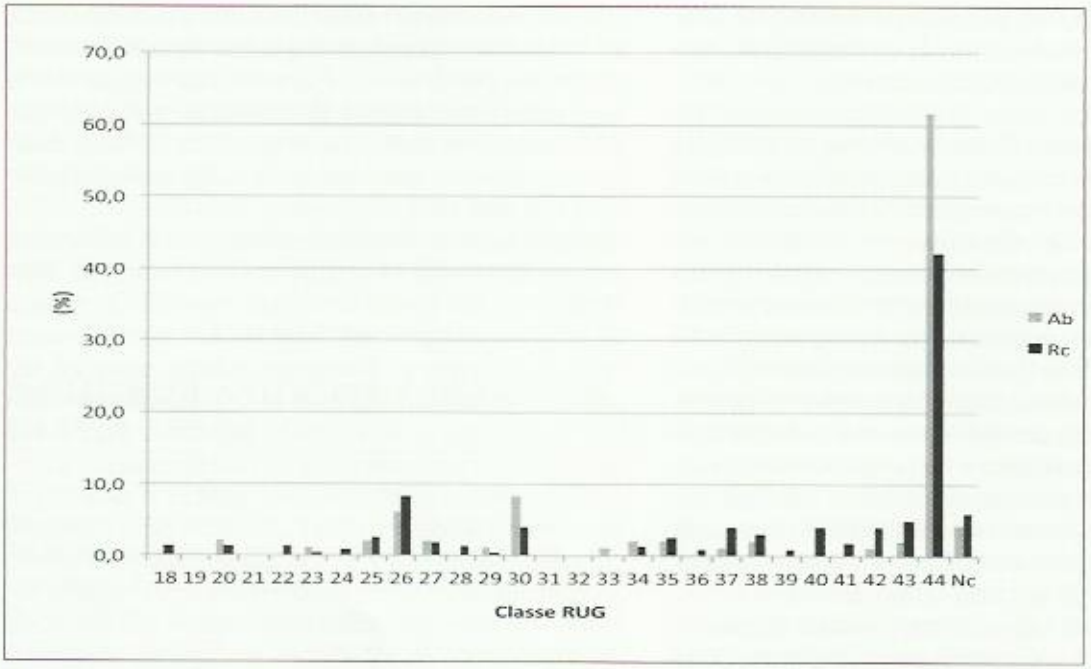


Figura 1 - *Distribuzione per classe RUG III di 300 residenti nelle strutture censite nel Progetto Abitare Leggero.*
NB: sono state riportate solo le classi RUG rappresentate nel campione.
Legenda:
Ab: soluzioni abitative per la vita indipendente.
Rc: residenze comunitarie per la vita assistita.
Nc: Non classificabili.

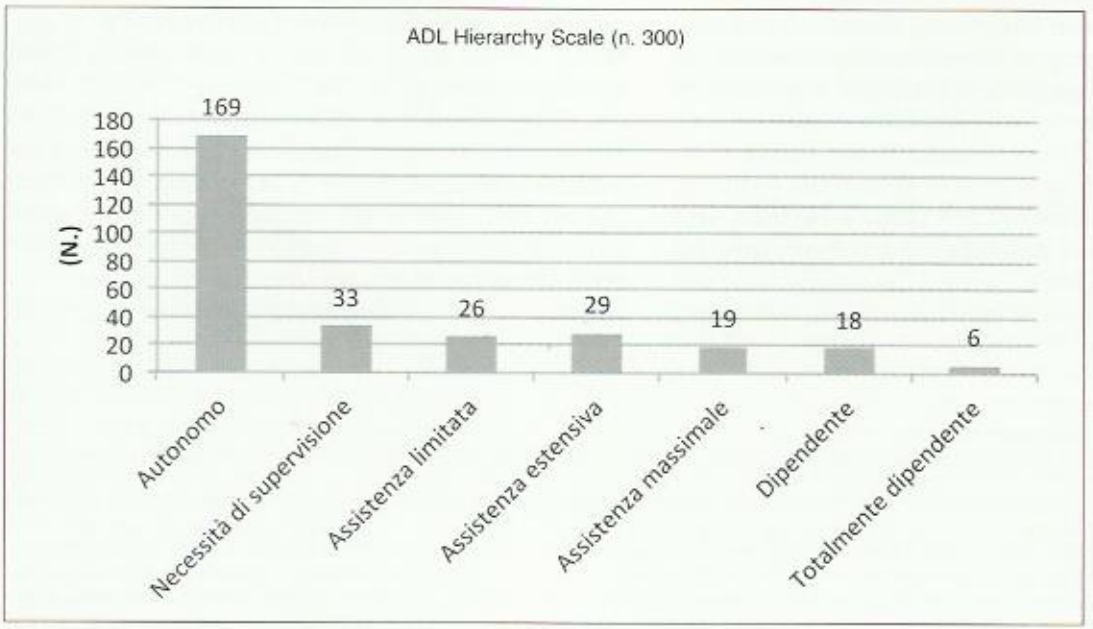


Figura 2 - *Distribuzione ADL di 300 residenti nelle strutture censite nel Progetto Abitare Leggero.*

zioni siano gestibili in modo efficace anche in soluzioni meno strutturate delle RSA, se queste sono ben realizzate sotto il piano architettonico e con operatori adeguatamente formati (Kang, 2010). Nel campione analizzato si tratta in ogni caso di anziani con necessità assistenziali di entità ridotta (organizzazione, supervisione, assistenza limitata), indipendenza residua nelle funzioni chiave e senza anomalie comportamentali maggiori. Nel complesso, la popolazione accolta nel campione di Abitare Leggero appare in gran parte inappropriata per l'accoglienza in RSA e compatibile con i modelli organizzativi delle realtà analizzate, fatte salve aree limitate di possibile criticità meritevoli di attenzione. Il confronto con i dati della contemporanea valutazione VAOR promossa dalla SIGG lombarda su un campione significativo di circa 120 RSA regionali, mostra come anche nelle RSA siano ancora presenti popolazioni che potrebbero beneficiare di sistemazioni di minore intensità assistenziale e sanitaria (Brizioli, 2013). In questo senso il VAOR potrebbe rappresentare un contributo interessante per il *case-management*, il governo e le valutazioni di appropriatezza della rete dei servizi[12].

Conclusioni

Nel complesso, la ricerca ha intercettato un mondo in divenire, che attinge a riferimenti di letteratura sempre più solidi. Sotto molti aspetti, può dirsi conclusa la fase sperimentale e i nuovi modelli attendono solo di essere applicati alle normali prassi operative. I servizi analizzati nel campione lombardo sembrano coerenti con le indicazioni scientifiche e con la modellistica internazionale, di cui applicano correttamente molte indicazioni. Le nuove soluzioni per la vita indipendente, integrate da servizi accessori e ben integrate nei servizi di comunità, affrontano il tema della facilitazione della vita quotidiana di anziani con difficoltà soprattutto abitative e di interazione con i difficili contesti di vita urbana. I servizi per la vita assistita sostengono le difficoltà di famiglie già impegnate nel sostegno ad anziani con disabilità, favorendo il lavoro di cura domestico e il prolungamento sostenibile della vita in comunità. Anche la popolazione accolta è sovrapponibile a quelle dei rapporti pubblicati in altri paesi e le possibili criticità sono ridotte e correggibili attraverso il miglioramento dei processi di ammissione e il monitoraggio condiviso con i servizi territoriali. Resta aperto il tema del riconoscimento normativo e l'identificazione di una più chiara collocazione di rete, oltre che quello della sostenibilità e replicabilità di questi modelli, soprattutto in un contesto di perdurante crisi economica. La ricerca Abitare Leggero, i cui dati completi saranno diffusi nel corso del 2013, vuole offrire un contributo al dibattito sulle modalità più idonee ad accompagnare il naturale sviluppo della vecchiaia. Le sue conclusioni, condivise con i suoi attori, suggeriscono alcuni interventi possibili per lo sviluppo di nuove forme di accoglienza residenziale o polifunzionale, sussidiarie delle risorse delle persone e delle famiglie.

Bibliografia

Brayne C. Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS). International Journal of Epidemiology 2006;35:1140-5.

Brizioli E. La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG. In: Pesaresi F. RSA – Residenze sanitarie assistenziali. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013.

Cocco F. Residenze sociali con servizi per anziani. Il modello della "vivienda dotacional" del Comune di Barcellona. Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa". Milano, 29 settembre 2011.

Council of the European Union. European Conference on Healthy and Dignified Ageing. Stockholm, 15-16 settembre 2009.

European Association of Palliative Care. Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People. EAPC Taskforce 2010-2012. Final Report. EAPC, 2013.

Fondazione Housing Sociale. Progetto Abitare Leggero. Milano, 2013 (in press).

Gill TM. Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies. JAGS 2010;58(Suppl 2):S308-12.

Guaita A. La salute. In: IReR, Anziani: stato di salute e reti sociali, Guerini, Milano 2000.

[12] Ad esempio, i moduli VAOR *Home Care, Assisted Facilities* e LTCF includono algoritmi di calcolo di indicatori utili a identificare le soglie di rischio di istituzionalizzazione e di carico assistenziale dei *caregiver* (MAPLe), le limitazioni IADL e ADL, le alterazioni CPS e la loro sintesi in score riassuntivi utili a prefigurare gli obiettivi, i tempi e le modalità di assistenza più utili.

Houttekier D. Place of death of older persons with dementia. A study in five european countries. JAGS 2010;58:751-6.

Jones AL. The National Nursing Home Survey: 2004 overview. Vital Health Stat 13 2009;167:1-155.

Kang H. Anxiety, depression, and cognitive impairment in dementia-specific and traditional assisted living. J Gerontol Nurs 2010;36(1):18-30; quiz 32-3.

Kemp L. I get along with most of them: direct care workers' relationship with residents' families in assisted living. Gerontologist 2009;49 (2):224-35.

Micheli GA. Plasticità e stati d'animo. Sotto la dimensione cognitiva della perdita di autonomia. I luoghi della cura 2004(2):20-25.

OECD. Ageing, Housing and Urban Development. OECD, 2003.

ONU Towards a society for all generation, ONU, 2003.

Park-Lee E. Residential Care Facilities: A Key Sector in the Spectrum of Long-term Care Providers in the United States. NHCS Data Brief. No. 78, December 2011.

Predazzi M. La cultura dell'arco di vita. In: Guerci A. Living and curing old age in the world. ERGA, 2002.

Predazzi M, Vercauteren R, Loriaux M. Des lieux et des modes de vie pour les persone agées. UE, 2000.

Unwin BK. Nursing Home Care (Part I). Principles and pitfalls of practice. American Family Physician 2010;81(10):1219.

Wilson KB. Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. Gerontologist 2007;47 Spec No 3:8-22.

World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. WHO, 2007.

Zanetti M. Fragilità, disabilità, sistemi di long term-care. Sintesi della letteratura internazionale. Progetto Abitare Leggero, Milano, 2013 in press.

L'Ospedale per intensità di cure: esperienza preliminare dell'Unità Operativa di Cure sub-acute dell'Azienda Ospedaliera della provincia di Lodi

Paolo Cantaluppi, Concetta Paolucci*, Carlo Maria Rovelli*, Moreno Carli*, Valeria Giacomel*, Angelo Bracchi*, Nicolaos Geroutis*, Paolo Bernocchi**, Pasquale Giametta****

**U.O. di Riabilitazione Generale Geriatria e Cure sub-acute, AO Lodi, Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo Lodigiano*
***Dipartimento di Cure Intermedie e Riabilitazione, AO della Provincia di Lodi*
****ASL della Provincia di Lodi*

INTRODUZIONE

La periodica revisione delle linee guida e dei percorsi di cura rivolti ai pazienti che accedono al servizio sanitario è il risultato dell'acquisizione dei nuovi sviluppi della ricerca scientifica ma anche delle variazioni del panorama epidemiologico che guida la ricerca stessa (Rozzini e Trabucchi, 1999); negli ultimi anni si è assistito ad una costante e progressiva crescita delle patologie cronico-degenerative che interessano prevalentemente la popolazione anziana con molteplici conseguenze in termini di disabilità, qualità di vita, ma anche di economia sanitaria (Valent et al., 2012). Ben si conosce infatti il peso specifico in termini economici dei servizi sanitari erogati per queste patologie e la conseguente necessità di sviluppare percorsi terapeutici ed assistenziali che favoriscano sia una corretta buona pratica clinica sia un'appropriata allocazione delle risorse economiche stesse (Brenna e Lotta, 2003).

La Regione Lombardia ha avviato sperimentazioni su possibili nuovi percorsi di cura indirizzati a pazienti che, pur non avendo necessità di ricovero in un reparto ad elevata intensità di assistenza e cura, non possono ancora rientrare al domicilio a causa delle conseguenze clinico-funzionali riconducibili ad una patologia che ha determinato l'ingresso in ospedale. Di qui la nascita delle Cure Intermedie che ha visto un'iniziale sperimentazione in alcune realtà regionali quali Milano, Varese e Soncino (CR), per poi avere una pianificazione di sviluppo in tutto il territorio lombardo.

La delibera IX/1479 del 30 marzo 2011 della Regione Lombardia ha previsto l'istituzione di "una nuova tipologia di prestazioni sanitarie denominata attività di Cure sub-acute" con il precipuo scopo di razionalizzare percorsi terapeutici e assistenziali finalizzati al miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate e dell'utilizzo delle risorse disponibili. Tali strutture si collocano quindi a metà del percorso assistenziale tra servizi per acuti e domicilio. La nuova tipologia di ricovero in Cure sub-acute è anche una prima risposta al riscontro di degenze di lunga durata che si svolgono in un contesto di intensità di cura che non è quello adeguato per i pazienti sub-acuti e che, anzi, li espone ai rischi tipici legati alla permanenza in reparti per acuti (Venker et al., 2005; Ricou e Merlani, 2008; Tran et al., 1990). I requisiti di struttura per l'assegnazione dei posti letto tecnici per sub-acuti sono: la presenza di un ospedale di tipo medio/piccolo accreditato e a contratto, preferibilmente non inserito nella rete dell'emergenza/urgenza, dotato di alcune specialità ospedaliere di base e con un adeguato potenziale diagnostico in ambito laboratoristico e radiologico.

In tutta la regione sono stati identificati 1.145 posti letto da realizzarsi prevalentemente nelle Unità Operative (U.O.) di Medicina Interna, di Geriatria o di Riabilitazione Geriatrica. Alle strutture di cure intermedie,

già per altro sperimentate e consolidate in alcuni Paesi europei, andrebbero indirizzati pazienti, preferenzialmente anziani con comorbilità, clinicamente stabilizzati ma necessitanti ancora di assistenza sanitaria e/o di un periodo di osservazione e di continuità diagnostico-terapeutica, seppur di non elevata intensità (Torres et al., 2006). Sono note infatti le problematiche relative alle dimissioni dai reparti per acuti di pazienti con polipatologia e ciò per le difficoltà di interfacciare con i servizi le strutture assistenziali presenti nel territorio (Assistenza Domiciliare, Servizi di riabilitazione e Servizi residenziali). Pertanto, alle Cure sub-acute dovrebbero accedere quei soggetti che non necessitano più dell'intensità di cure del reparto per acuti, ma non possono ancora rientrare al domicilio. Tali pazienti, dopo un periodo variabile (dai 10 ai 40 giorni) e un opportuno percorso terapeutico/riabilitativo possono, una volta stabilizzati, ritornare al proprio domicilio attraverso un progetto di dimissione protetta o, in alternativa, accedere a strutture residenziali. Alcuni potenziali vantaggi dell'istituzione delle Cure sub-acute potrebbero tradursi nella riduzione delle degenze medie nei reparti per acuti, nella prevenzione dei "re-ricoveri" e nel favorire l'integrazione e la cooperazione fra l'Ospedale e i servizi territoriali. Le Tabelle 1 e 2 riportano i criteri di inclusione e di esclusione nelle Cure sub-acute.

Tabella 1 - *U.O. di Cure sub-acute: criteri di accesso.*

- Diagnosi accertata
- Prognosi definita
- Programma individuale predisposto
- Informazione al paziente sulla peculiarità delle Cure sub-acute
- Processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali
- Necessità di proseguire cure in fase sub acuta con stretto *follow-up*
- Completamento del processo di guarigione
- Instabilità clinica a carico dei pazienti affetti da patologia cronica

Tabella 2 - *U.O. di Cure sub-acute: criteri di esclusione.*

- Decadimento cognitivo (MMSE < 17)
- Pazienti oncologici terminali
- Pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia

Popolazione e metodi

L'Azienda Ospedaliera (A.O.) della provincia di Lodi, istituita nel gennaio 2002, presta la propria assistenza sanitaria ad un bacino di utenza di circa 200.000 abitanti suddivisi in 61 comuni ed è articolata in 4 presidi:

1. Presidio di Casalpusterlengo
2. Presidio di Codogno
3. Presidio di Lodi
4. Presidio di Sant'Angelo Lodigiano.

Nei 4 Presidi Ospedalieri sono presenti 18 U.O. mediche, 7 chirurgiche e 4 riconducibili all'ambito riabilitativo, per un totale di 609 posti letto (ponderati) per degenze ordinarie.

Seguendo le indicazioni specifiche date dalla Direzione Generale Sanità si è avviato dapprima il percorso di accreditamento, inizialmente parziale, dei posti letto identificati e di concerto con l'Azienda Sanitaria Locale si è condiviso un documento sulle strategie da adottare per la strutturazione iniziale e per le successive fasi di implementazione della nuova rete di offerta assistenziale.

Dei 27 posti letto per le Cure sub-acute attribuiti all'A.O. di Lodi, a giugno 2012 14 sono stati attivati e tutti individuati nell'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Geriatrica Generale di Sant'Angelo Lodigiano. In tale U.O. sono quindi presenti 20 posti letto di Riabilitazione Generale (37 fino allo scorso anno) e 14 "letti tecnici" per pazienti "subacuti". L'attivazione isorisorse di questi ultimi è avvenuta nell'ottobre 2011, ma solo dal gennaio 2012 sono stati ricoverati i primi pazienti in seguito a comprensibili e prevedibili problemi organizzativi, peraltro comuni ad altre A.O. della regione.

Le difficoltà che inizialmente sono state incontrate sono riconducibili a:

- Riorganizzazione degli spazi e delle competenze del personale sanitario all'interno dell'U.O.
- Insufficiente informazione ai colleghi dei reparti per acuti relativamente all'avvenuta istituzione dei letti per sub-acuti.
- Differita identificazione di una figura di riferimento all'interno della nostra U.O. e nelle restanti Unità Operative finalizzata al reclutamento dei pazienti potenzialmente idonei al ricovero.

Dal 18 gennaio 2012 al 12 giugno 2012 sono stati ricoverati 46 pazienti, 23 maschi e 23 femmine, con età media di 79,8 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale geriatrica eseguita in ingresso ed al momento della dimissione. Inol-

I luoghi della cura
ANNO XI - N. 4 - 2013

tre, durante la degenza i pazienti sono stati sottoposti ad un trattamento multidisciplinare che ha visto la partecipazione delle seguenti figure professionali: geriatra/internista infettivologo, fisiatra, fisioterapista, nonché una consulenza specialistica di rivalutazione eseguita, al bisogno o prima della dimissione, da parte dei colleghi delle varie U.O. per acuti che in precedenza avevano trasferito il paziente.

RISULTATI

L'analisi dei dati ottenuti attraverso la valutazione multidimensionale geriatrica eseguita al momento del ricovero nelle Cure sub-acute ha individuato i seguenti risultati:

- Indice di Barthel medio all'ingresso pari a 49,7 ± 26,7
- CIRS di severità media pari a 1,96
- CIRS di comorbidità media pari a 4,6
- Indice assistenziale[1] medio pari a 2,89 ± 0,7.

I dati sopra esposti evidenziano come nella popolazione studiata fosse presente un'elevata polipatologia associata ad una dipendenza funzionale media di entità severa; per tale motivo il 67,4% dei pazienti ricoverati ha ricevuto, oltre alle cure mediche tradizionali, anche un trattamento riabilitativo di tipo fisico. Tale approccio ha verosimilmente contribuito al miglioramento dell'indice di Barthel medio alla dimissione: 56 ± 27.5.

Dopo una degenza media di 21 giorni, più della metà dei pazienti ricoverati è rientrata al domicilio (54,3%, ovvero 25 pazienti); un altro significativo gruppo, 5 pazienti (10,9%) hanno fatto rientro al domicilio previa attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) (in 4 casi l'A.D.I. è stata attivata per la prosecuzione del trattamento riabilitativo mentre per un solo paziente è stata attivata per l' assistenza infermieristica); 4 pazienti (8,7%) sono stati istituzionalizzati, mentre solo 2 pazienti (pari al 4.3%) hanno necessitato di un ulteriore periodo di ricovero per proseguire il trattamento riabilitativo e 3 pazienti (6,5%) sono deceduti. 7 pazienti (15,2%) sono stati dimessi dalle cure Sub-Acute per essere nuovamente trasferiti in un reparto per acuti: per questo gruppo di soggetti la degenza in Cure sub-acute non ha prodotto un'adeguata stabilizzazione della condizione clinica, tuttavia ha permesso una precoce diagnosi di complicanze ed un pronto trasferimento nel reparto di cura più appropriato. Il 78,3% dei pazienti accolti in Cure subacute ha avuto pertanto un esito favorevole; tale dato è particolarmente significativo in quanto la pressoché totalità dei ricoverati presentava una o più problematiche di varia natura (acuzie internistica non ancora risolta, instabilità clinica, necessità di prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico, peggioramento del quadro funzionale, difficoltà di tipo sociale) che impedivano un rientro al domicilio. È altrettanto significativo osservare che i 3 pazienti che sono deceduti presentavano un'età avanzata ed una prognosi *quoad vitam* particolarmente sfavorevole in relazione alla diagnosi di ingresso (Sclerosi laterale amiotrofica, Vasculopatia cerebrale cronica associata a vasculopatia polidistrettuale severa, Emorragia cerebrale).

DISCUSSIONE

I dati preliminari non consentono di esprimere un giudizio conclusivo sull'efficacia dell'Istituzione delle Cure sub-acute nella realtà lodigiana, innanzitutto per il numero esiguo dei pazienti ricoverati e secondariamente per la mancanza di confronto con un gruppo di controllo trattato con tipologia di ricovero "tradizionale"; tuttavia, alcune considerazioni possono essere già espresse come pure alcune criticità, confidando che queste ultime possano avere una valenza costruttiva nell'ambito di un dibattito di settore sulle strategie adottabili in ambito di assistenza sanitaria.

È sempre più percepibile tra gli operatori sanitari la necessità di un nuovo modello di percorso di cura per il paziente con polipatologia cronica, e le Cure subacute possono rappresentare in un prossimo futuro una soluzione praticabile (Teres e Steingrub, 1987). Questa considerazione è valida soprattutto per l'anziano fragile che viene ricoverato in quelle realtà nosocomiali collocate in aree dove i Servizi sanitari extraospedalieri di supporto sono più carenti.

Con il fisiologico allungamento della spettanza di vita e l'inevitabile ospedalizzazione di pazienti anziani polipatologici e disabili è auspicabile che siano potenziati i

[1] L'Indice di Intensità Assistenziale descrive il livello di autonomia/dipendenza nel soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica; valore minimo 1 → intensità assistenziale bassa, valore massimo 4 → intensità assistenziale elevata.Il documento è disponibile sul sito internet www.grg-bs.it alla voce "letteratura" – "riviste" – "I Luoghi della cura".

letti per pazienti in fase post-acuta e che tali pazienti possano giovarsi di percorsi assistenziali e/o riabilitativi individuali finalizzati al rientro al domicilio o in servizi residenziali al meglio del loro *performance status* (Ranhoff et al., 2006).
Le Cure sub-acute dovrebbero essere considerate dalle Unità Operative per Acuti un sicuro punto di riferimento per la prosecuzione di iter terapeutici già intrapresi e per il consolidamento di una stabilità clinica difficilmente ottenibile in tempi brevi a causa della polipatologia. Uno studio *ad hoc* verrà intrapreso per valutare l'efficacia del ricovero in Cure sub-acute sia per il paziente, in termini clinico-funzionali, sia in termini di economia sanitaria per valutare se contestualmente a tale tipologia di ricovero si riducano i giorni di degenza, e i relativi costi, riferiti a pazienti con patologie di tipo cronico e con residua, ma non acuta, instabilità clinica. Se ciò fosse vero, alle Cure sub-acute potrebbero essere indirizzati molti più pazienti di quelli attualmente proposti: tale considerazione potrebbe valere per alcune patologie internistiche nelle quali alla formulazione della diagnosi nel reparto per acuti potrebbe seguire un percorso terapeutico ed un monitoraggio clinico più stretto ed efficace nelle Cure sub-acute.
Un'ulteriore riflessione deve essere fatta per i pazienti affetti da decadimento cognitivo di entità da moderata a severa: infatti i criteri di eleggibilità/esclusione proposti (non arruolabili pazienti con MMSE<17) non permettono di ricoverare tali pazienti che, tuttavia, nella maggior parte dei loro ricoveri risultano essere anziani fragili, che necessitano di un trattamento multidisciplinare e di un periodo di osservazione/cura più lungo rispetto ad altri pazienti (Torres et al., 2006). Inoltre, tali individui, in seguito ad una degenza prolungata nei reparti per acuti, presentano più spesso disturbi del comportamento secondari al deficit cognitivo e al ricovero che inevitabilmente finiscono con il peggiorare l'*outcome* clinico-funzionale (Teres e Steingrub, 1987; Ranhoff et al., 2006).
In conclusione, riteniamo che la nostra breve esperienza si sia dimostrata sinora proficua e ci auguriamo di proseguire con una casistica più significativa in questa direzione; nel contempo, auspichiamo la collaborazione dei colleghi delle altre Unità Operative affinché le Cure sub-acute possano essere considerate un'ulteriore opportunità da utilizzarsi al meglio. Appare inoltre essenziale il confronto continuo con l'organo di governo clinico del territorio quale è l'ASL, la quale potrebbe operare con sinergia al fine di potenziare l'offerta e contribuire attivamente alla realizzazione dei percorsi assistenziali territoriali successivi al ricovero ospedaliero; tale confronto risulta più che mai utile per risolvere quelle criticità di sistema che emergono dalla sovrapposizione di problematiche cliniche e socio-assistenziali tipiche del paziente anziano con polipatologia (Ranhoff et al., 2006; Marik, 2006: Bellamoli et al., 2010).

L'Indice di Intensità Assistenziale è disponibile sul sito internet www.grg-bs.it alla voce "letteratura" – "riviste" – "I Luoghi della cura".

Bibliografia

Bellamoli C, Azzini M, Bozzini C, et al. Management of critically ill frail elderly patients: the development of an intermediate care unit in the geriatric department, Hospital of Verona. G Gerontol 2010;58:21-30.

Brenna A, Lotta G. Hospital expenditure for the elderly in Italy. Ann Ig 2003;15(3):235-45.

Marik P. Management of the critically ill geriatric patient. Crit Care Med 2006;34(suppl):S176-82.

Ranhoff AH, Rozzini R, Sabatini T, et al. Subintensive care unit for the elderly: a new model of care for critically ill frail elderly medical patients. Intern Emerg Med 2006;1:197-203.

Ricou B, Merlani P. What limits for acute care in the elderly? Curr Opin Anaesthesiol 2008;380-5.

Rozzini R, Trabucchi M. Terapia geriatrica: linee guida ospedaliere. Utet, 1999.

Teres D, Steingrub J. Can Intermediate care substitute for intensive care? Crit Care Med 1987;15(3):280.

Torres OH, Francia E, Longobardi V, et al. Short-and long- term outcomes of older patients in intermediate care units. Intensive Care Med 2006;32:1052-9.

Tran DD, Groeneveld AB, Van Der Meulen J, et al. Age, chronic disease, sepsis, organ system failure and mortality in a medical intensive care unit. Critical Care Medicine 1990;18(5):474-9.

Valent F, Clagnan E, Zanier L. Individual and health care factors, and one year hospital readmission of elderly in Friuli Venezia Giulia, Northeastern Italy. Epidemiol Prev 2012;36(5):273-9.

Venker J, Miedeme M, Strack van Scijndel RJM, et al. Long-term outcome after 60 day of intensive care. Anaesthesia 2005.

Il costo delle cronicità nelle geriatrie italiane

Gianluca Merchich, Mariangela Zenga***

**Dipartimento di Scienze Economico-Aziendali e Diritto per l'Economia, Università Milano-Bicocca*
***Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università Milano-Bicocca*

Abstract

Il tema dell'assistenza sanitaria alla popolazione anziana sta assumendo sempre più rilevanza per molteplici cause. La prima sicuramente è di natura demografica: l'Italia è fra i paesi più anziani in Europa (seconda solo alla Germania), con un indice di vecchiaia del 142%; si prevede che l'indice di vecchiaia, che soltanto nel 1951 era del 31,4%, possa raggiungere un valore pari a 256,3% nel 2050. Questo significa che fra circa 30 anni vi saranno 5 ultrasessantacinquenni per ogni ragazzo con età inferiore a 14 anni. A ciò occorre aggiungere una percentuale crescente di persone con almeno una patologia cronica o cronico degenerativa, pari a circa il 38,4%[1]. Questo dato, unitamente ad un'aspettativa di vita a 65 anni crescente e all'aumento delle stesse patologie croniche, porterà il Sistema Sanitario Italiano a fare i conti con un rilevante aumento dei consumi sanitari. Il problema quindi non sarà più gestire l'evento acuto, ma gestire la cronicità garantendo al cittadino una qualità di vita dignitosa. Secondo le stime più recenti, la spesa nel 2050 per l'assistenza agli anziani potrebbe assorbire i 2/3 del budget del Servizio Sanitario Nazionale.
Il presente articolo analizza i ricoveri ordinari per acuti nei reparti di geriatria sul territorio nazionale. Nello specifico individua la proporzione dei ricoveri afferenti a patologie croniche, che sarebbero potenzialmente evitabili qualora vi fosse una presa in carico di questa tipologia di pazienti alternativa al ricovero ordinario, maggiormente appropriata e, soprattutto, più vicina al domicilio del paziente. La ricerca inoltre fornisce una stima delle risorse economiche che potrebbero essere destinate all'assistenza territoriale ed alla sua implementazione in risposta alla riorganizzazione della rete ospedaliera imposta dalla legge 135/2012.

Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità viene definita *cronica* una patologia se permanente, se tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile, se è causa di un'alterazione patologica non reversibile, se richiede una formazione speciale per il raggiungimento di una buona qualità di vita e inoltre se richiede un lungo periodo di controllo, osservazione e cura[2]. Da questa definizione è chiara la distinzione tra un evento di tipo acuto e un evento cronico. Gli obiettivi di cura di un evento acuto prevedono la cura stessa dell'evento, mentre gli obiettivi di cura di un evento cronico prevedono la gestione della condizione patologica, la prevenzione dei vari fattori di rischio e della disabilità, l'aumento, se possibile, del tasso di sopravvivenza, e il miglioramento della qualità di vita. Inoltre un evento acuto è limitato nel tempo, mentre un evento cronico non è definibile in termini di durata. Le competenze e le conoscenze necessarie alla gestione di un evento acuto sono prevalentemente riferite agli operatori sanitari; per la gestione della conicità è necessario anche l'intervento dei familiari, ma soprattutto del paziente stesso. Inoltre, nella gestione della malattia, mentre nell'evento acuto ci si concentra sul trattamento medico del singolo quadro clinico erogato prevalentemente in ospedale, nell'evento cronico è richiesto un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di più servizi possibilmente in "rete".

[1] Fonte: ISTAT 2011.
[2] http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

Analisi dei ricoveri per patologie croniche nelle geriatrie italiane

Sono stati analizzati tutti i ricoveri del triennio 2009-2011 nei reparti geriatrici di strutture pubbliche o private accreditate su tutto il territorio italiano. La banca dati è stata fornita dal Ministero della Salute. Per identificare i ricoveri afferenti a patologie croniche, si è fatto riferimento al criterio di inclusione utilizzato per il monitoraggio della Banca Dati Assistiti della Regione Lombardia secondo cui il ricovero afferente a patologie croniche deve essere identificato con DRG o diagnosi primarie e secondarie associate a patologie croniche[3]. Sono stati così identificati undici gruppi di patologie[4]:

1. Broncopneumopatie (87, 88, 96, 97, 98);
2. Cardiovasculopatie (126, 127, 132, 133, 134);
3. Diabete (294, 295);
4. Dislipidemie (82, 296, 297, 298, 299);
5. Epato-enteropatie (202, 203, 204, 205, 206);
6. Esofago-gastro-duodenopatie (176, 177, 178, 183);
7. HIV positività e AIDS conclamato (488, 489, 490);
8. Insufficienza renale cronica (303, 316, 317);
9. Neoplasie (257, 258, 259, 260, 338, 346, 347, 410, 411, 412, 466);
10. Neuropatie (13, 26)
11. Trapianti (103, 302, 480, 481, 495, 512, 513).

Come riportato in Tabella 1, nel 2011 in Italia sono stati prodotti 140.779 ricoveri in reparti geriatrici, con un aumento dello 0,98% rispetto al 2009. Dei 140.779 ricoveri, il 37,5% afferisce a patologie croniche. Confrontando le prevalenze nelle diverse regioni, la percentuale di soggetti ricoverati per patologie croniche oscilla dal 24% della Valle d'Aosta al 46% della Basilicata. Dal punto di vista delle patologie, il 24,7% dei ricoveri geriatrici cronici è dovuto a broncopatie e a cardio-vasculopatie.

Sui primi 30 DRG prodotti nelle geriatrie italiane, il 47,31% viene identificato da DRG associati a patologie croniche, con una diminuzione di 5 punti percentuali rispetto al 2009. A livello regionale la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Toscana riportano le più basse percentuali di ricoveri ordinari per patologie croniche sui primi 30 DRG (rispettivamente: 27%, 31% e 31,1%) mentre la Campania e la Puglia ne detengono le più alte percentuali (rispettivamente: 55,6% e 56,1%).

Rispetto ai ricoveri cronici nelle geriatrie, i DRG a rischio di non appropriatezza[5] sono stati pari al 18,67%, valore compreso tra l'11,1% del Friuli Venezia Giulia e il 29,5% della Puglia[6].

In termini di giornate di degenza i 52.800 ricoveri per patologie croniche del 2011 equivalgono a 540.900 giornate di degenza ordinaria, per erogare le quali occorrono 1.480 posti letto teorici, cioè il 32% circa dei circa 4.600 totali posti letto delle geriatrie italiane. Delle 540.900 giornate di degenza circa un quinto viene prodotto in Veneto[7].

La degenza media dei ricoveri ordinari nelle geriatrie italiane è stata di 8 giorni nel 2011. Rispetto ai ricoveri ordinari per patologie croniche in geriatria, la degenza media è stata di circa 10 giornate, con valori estremi di circa 8 giornate medie per Sicilia e Sardegna e di 20 giornate medie per Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia.

Rispetto alle possibili modalità di dimissione[8] per soggetti ricoverati per patologie croniche, dalle schede SDO 2011 emerge che l'attivazione dell'"ospedalizzazione domiciliare" ha riguardato 212 soggetti (meno del 2% di tutti i dimessi con patologia cronica).

Impatto economico delle cronicità

In un periodo di forte recessione e necessità di effettuare tagli alla spesa pubblica diventa fondamentale convertire queste informazioni in valori economici.

Si è valutata la remunerazione teorica dei DRG cronici[9] nelle geriatrie italiane. Nel 2011 sul totale dei ricoveri la remunerazione è stata pari a circa 138 milioni

[3] Criterio di inclusione della Banca Dati Assistiti- Regione Lombardia (2008).
[4] In parentesi saranno indicati i DRG (Grouper 24) associati alla patologia.
[5] Allegato F, Deliberazione IX /2057 del 28/07/2011 - Regione Lombardia.
[6] È da notare che per la Puglia il valore è diminuito di circa 10 punti percentuali dal 2009 al 2011.
[7] Nel 2011 il Veneto possedeva il 24,2% dei posti letto di geriatria italiani.
[8] Sono state escluse le dimissioni per decessi.
[9] I costi sono stati valutati a prezzi 2008, in modo da poter epurare i dati di confronto dall'effetto dell'inflazione.

Tabella 1 - *Numero di ricoveri ordinari nelle geriatrie italiane (anni 2009-2011).*

N. Ricoveri in GERIATRIA	Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011		Δ 2011/2009	
Regioni	*tutte le patologie*	*patologie croniche*	*tutte le patologie*	*patologie croniche*	*tutte le patologie*	*patologie croniche*	*tutte le patologie*	*patologie croniche*
Piemonte	6.248	2.192	6.364	2.331	6.207	2.295	-0,66%	4,70%
Valle d'Aosta	766	163	730	135	769	182	0,39%	11,66%
Lombardia	8.998	3.121	9.180	3.175	9.771	3.317	8,59%	6,28%
Trentino Alto Adige	7.193	2.400	7.568	2.197	7.212	2.306	0,26%	-3,92%
Veneto	29.642	11.209	31.259	11.944	31.211	11.812	5,29%	5,38%
Friuli-Venezia Giulia	412	132	431	153	481	135	16,75%	2,27%
Liguria	1.728	695	1.986	781	2.137	831	23,67%	19,57%
Emilia Romagna	18.487	6.167	19.512	6.605	18.747	6.313	1,41%	2,37%
Toscana	3.008	915	3.184	937	3.426	884	13,90%	-3,39%
Umbria	1.153	325	1.157	283	1.236	290	7,20%	-10,77%
Marche	3.456	1.162	3.553	1.3	3.866	1.538	11,86%	32,36%
Lazio	8.486	2.869	10.098	3.437	8.311	2.996	-2,06%	4,43%
Abruzzi	8.747	3.671	8.197	3.435	8.316	3.669	-4,93%	-0,05%
Molise	709	299	708	295	846	380	19,32%	27,09%
Campania	4.935	2.136	5.198	2.172	4.280	1.873	-13,27%	-12,31%
Puglia	13.935	6.057	13.991	6.028	11.67	5.003	-16,25%	-17,40%
Basilicata	2.026	1.006	2.057	1.012	1.956	902	-3,46%	-10,34%
Calabria	5.064	2.123	6.048	2.557	5.654	2.462	11,65%	15,97%
Sicilia	9.099	3.626	9.796	3.828	9.271	3.649	1,89%	0,63%
Sardegna	5.323	1.870	5.398	1.951	5.412	1.960	1,67%	4,81%
Italia	**139.415**	**52.138**	**146.415**	**54.556**	**140.779**	**52.797**	**0,98%**	**1,26%**

di Euro, cioè il 32,5% della remunerazione totale dei ricoveri ordinari geriatrici, con un incremento del 3,85% rispetto al 2009. Come già sottolineato precedentemente, il Veneto consuma ancora circa il 20% dei costi totali teorici sui DRG *target*. A livello italiano, le broncopatie e le vasculopatie, che consumavano circa il 32% delle giornate di degenza, assorbono più del 63% dei costi teorici sui DRG *target*.

Elemento fondamentale per consentire il confronto in termini economici fra il costo di queste "cronicità

ospedaliere" e quello di altri *setting* assistenziali di tipo territoriale per le stesse patologie è rappresentato dal costo medio lordo per giornata di degenza (Tab. 2). Nel 2011 il valore medio di una giornata di ricovero per DRG cronici è stato di € 255,00, con differenze piuttosto elevate tra le regioni: da un massimo di € 299,00 in Sicilia e un minimo di € 173,00 in Friuli Venezia Giulia[10]. A titolo esemplificativo, i costi sostenuti da Regione Lombardia per la degenza in strutture subacute per pazienti anziani cronici e stabili è compreso tra € 150,00, se il livello assistenziale è di intensità medio-bassa, e € 190,00 se l'intensità assistenziale è medio-alta, mentre il costo sostenuto dalla stessa regione per una giornata di ricovero ospedaliero è di circa € 260,00.

Conclusioni

Da quest'analisi emergono diverse riflessioni. Attraverso una presa in carico di tipo territoriale dei pazienti con uno dei DRG afferente a patologie croniche, si potrebbero liberare, e quindi destinare, risorse economiche a vantaggio del territorio. Inoltre, individuando

Tabella 2 - *Costo medio lordo per giornata di degenza (anni: 2009-2011).*

Regioni	2009	2010	2011
Piemonte	€ 211,10	€ 212,93	€ 223,91
Valle d'Aosta	€ 209,00	€ 183,13	€ 197,15
Lombardia	€ 237,12	€ 246,48	€ 261,07
Trentino Alto Adige	€ 221,51	€ 246,04	€ 244,70
Veneto	€ 224,13	€ 230,72	€ 239,36
Friuli-Venezia Giulia	€ 165,17	€ 163,86	€ 173,64
Liguria	€ 267,78	€ 289,13	€ 277,85
Emilia Romagna	€ 270,35	€ 276,86	€ 276,95
Toscana	€ 260,03	€ 260,24	€ 274,76
Umbria	€ 202,30	€ 222,23	€ 207,82
Marche	€ 246,95	€ 264,06	€ 245,54
Lazio	€ 254,55	€ 260,52	€ 263,49
Abruzzi	€ 268,63	€ 270,52	€ 271,68
Molise	€ 228,01	€ 240,30	€ 276,85
Campania	€ 259,76	€ 265,33	€ 250,94
Puglia	€ 216,20	€ 228,98	€ 235,96
Basilicata	€ 204,26	€ 218,93	€ 229,96
Calabria	€ 247,67	€ 269,23	€ 279,11
Sicilia	€ 289,08	€ 290,25	€ 299,44
Sardegna	€ 259,99	€ 279,31	€ 284,95
Italia	**€ 240,29**	**€ 249,14**	**€ 254,89**

[10] Tale aspetto è ovviamente legato ai valori ottenuti per la degenza media.

quella parte di ricoveri potenzialmente evitabili, si riuscirebbe a ridurre la spesa per l'assistenza sanitaria ospedaliera garantendo una gestione condivisa della patologia cronica fra operatori sanitari, familiari e pazienti stessi con un impatto sicuramente positivo sulla qualità di vita e più vicino al domicilio del paziente stesso. Attraverso la presa in carico di tipo territoriale dei pazienti affetti dalle patologie oggetto del presente articolo, si potrebbe ottenere, in sintesi, il duplice risultato di liberare risorse economiche a vantaggio del territorio e di contribuire alla riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla legge 135/2012. Se consideriamo che in Italia circa il 38,4% dei soggetti con più di 65 anni è affetto da almeno una patologia cronica o cronico-degenerativa, e se a ciò si aggiunge l'aumento dell' aspettativa di vita, si comprende molto bene come ciò implichi un aumento dei consumi sanitari che porterà il Sistema Sanitario Italiano a ricercare modelli, strumenti e più in generale strategie per il contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Anno XI - N. 4 - 2013

I luoghi della cura

IV Rapporto *Network* Non Autosufficienza – Tra crisi e ripartenza

Cristiano Gori

Università Cattolica; Istituto per la Ricerca Sociale, Milano e London School of Economics, Londra

Il rapporto del *Network* Non Autosufficienza (*www.maggioli.it/rna*), frutto del consueto sforzo multidisciplinare di diverse professionalità e del supporto scientifico e finanziario dell'INRCA, è giunto alla sua IV edizione. Anche quest'anno propone una visione di sistema sulle politiche di assistenza agli anziani, fotografando i principali cambiamenti in atto e i nodi più rilevanti per questo particolare momento storico caratterizzato dalla crisi economica.

L'analisi si sviluppa a partire da una sintesi dei dati di questo settore offerti dai sistemi informativi (la cosiddetta Bussola) integrata da una lettura dei profili dei modelli assistenziali delle varie regioni; completa il quadro una discussione su come viene avvertita la crisi dai territori, le scelte e le prospettive di sistema. Il rapporto offre inoltre una serie di panoramiche su alcune questioni di fondo dell'assistenza: gli *standard* ed i requisiti di qualità nei servizi residenziali, i recenti orientamenti delle politiche nazionali e locali in tema di "badanti" e le condizioni economiche per il *welfare* dettate dalle scelte di finanza pubblica.

Il quadro che emerge, negli anni acuti della crisi, è quello di un rallentamento nel trend di sviluppo dei servizi rispetto alle dinamiche osservate nello scorso decennio. Il settore ha sperimentato in quel periodo uno sviluppo mai conosciuto prima, tanto negli stanziamenti quanto nella progettualità. Sviluppo che ci si attendeva proseguisse nel nuovo decennio, sia perché – nonostante i passi in avanti – i ritardi del nostro paese risultavano non ancora colmati, sia perché i galoppanti tassi di aumento della popolazione anziana non avrebbero consentito distrazioni.

Le evidenze più recenti testimoniano che la quota di Pil destinata agli anziani non autosufficienti non cresce più e che la copertura garantita dal sistema pubblico non riesce a tenere il passo con le dinamiche della "questione anziani": uno scenario in cui l'offerta pubblica sembra aver toccato il massimo sviluppo storico, con grandi difficoltà di tutti i territori a mantenere i livelli di servizio raggiunti e a programmare gli interventi anche solo nel breve periodo.

Nonostante il settore sia attraversato anche da processi di innovazione, oggi su più fronti si sperimenta addirittura il pericolo di un arretramento: in termini di estensione della copertura, di livelli qualitativi dei servizi, di equità e di appropriatezza del sistema.

La crisi sembra interessare anche il fenomeno "badanti": la crescita della disoccupazione e la diminuzione delle disponibilità economiche familiari si traducono in un maggior ricorso al lavoro informale, irregolare, diminuzione della copresenza e aumento del lavoro "a ore".

Lo scenario dominante di questi anni è stato quello del venir meno del sostegno finanziario dello Stato al *welfare* locale, accompagnato da un rigore senza precedenti imposto ai vari attori responsabili del *welfare* locale; elementi che non hanno certo favorito gli investimenti di risorse nell'assistenza agli anziani. Anche il processo di costruzione del federalismo non sembra essere riuscito a costruire garanzie effettive per un'assistenza adeguata in tutti i territori.

In questo clima si riconferma una situazione di forte eterogeneità tra le diverse aree geografiche nei livelli qualitativi, quantitativi e organizzativi, risultato dell'assenza di *standard* nazionali di riferimento per questo settore sia in ambito sociale che sociosanitario: è difficile intravedere un modello comune di assistenza per tutto il paese ma, piuttosto, ci si trova di fronte a tanti diversi sistemi di *Long Term Care*. Emblematiche, a tale riguardo, le differenze che si rilevano tra le regioni nella regolazione dell'assistenza residenziale.

Preso atto di questa situazione, a conclusione del Rapporto si propongono due spunti per orientare le politiche future:

- una riflessione sulla necessità di implementare un intervento di regia statale, probabilmente l'"anello

mancante" di questa fase storica e la chiave per una tanto auspicata riforma per questo settore;

- alcune linee strategiche per un uso ottimale delle risorse nel rispondere ai bisogni delle fragilità.

IV RAPPORTO NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA

Tra crisi e ripartenza

INDICE

1. La bussola di NNA 2012: lo stato dell'arte basato sui dati
   Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Cristiano Gori
2. Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni
   Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Laura Pelliccia
3. I territori davanti alla crisi
   Cristiano Gori e Laura Pelliccia
4. Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale
   Francesco Barbabella, Carlos Chiatti e Filippo Masera
5. Il punto sulle badanti
   Sergio Pasquinelli e Giselda Rusmini
6. Il punto sulle politiche nazionali
   Laura Pelliccia
7. Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti: quali prospettive?
   Enza Caruso, Cristiano Gori, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi
8. Reagire alla crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità.
   Anna Banchero, Enrico Brizioli, Marco Trabucchi