

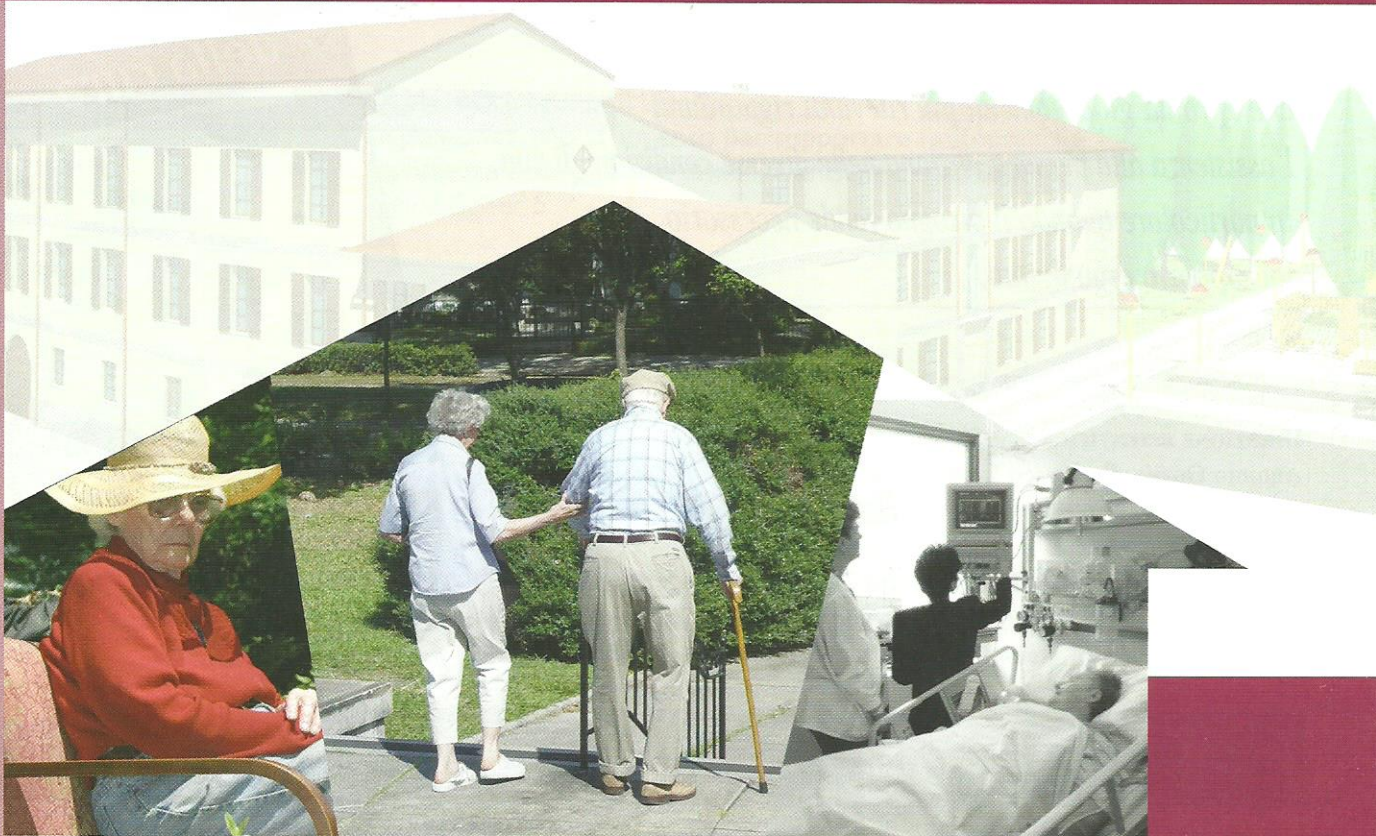
ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XIV - N. 1
Marzo 2016
TRIMESTRALE

1/2016

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




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

SOMMARIO

Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Arcangelo Ceretti, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Raffaele Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppocic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 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 marzo 2016

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 2016



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Sulla soglia della sofferenza

Carla Facchini, Philippe Pitaud, 4

QUADRO DI RIFERIMENTO

La domotica, uno strumento per supportare l'autonomia e l'assistenza delle persone disabili e anziane al domicilio

Valerio Gower, 6

MATERIALI DI LAVORO

Dove vanno i servizi e gli interventi pubblici per gli anziani non autosufficienti in Italia?

Cristiano Gori, 10

SPUNTI DI DIBATTITO

Cure intermedie: un servizio di transizione e continuità di cura tra ospedale e territorio

Renzo Bagarolo, Anna Castaldo, 16

ESPERIENZE

Formare all'Approccio Capacitante con l'Approccio Capacitante: un'esperienza

Donatella Basso, 24

RIVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Network Non Autosufficienza (eds) L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA: 5° rapporto -

Un futuro da ricostruire

Antonio Guaita, 29

Sulla soglia della sofferenza

Carla Facchini¹, Philippe Pitaud²

¹Università Milano-Bicocca

²Università di Marsiglia

“Il silenzio dentro di me è così pesante, che a volte il mio cuore è pronto a scoppiare... Sto cercando una strada speciale tra parola e silenzio, così come cerco un tempo tra la vita e la morte”.
(Wiesel E. *Il quinto figlio*, 1984 La Giuntina, Firenze).

“Lungo tutta la storia dell'Occidente, varieranno i rimedi, ma rimarrà costante sia l'essenza del dolore, sia la volontà di trovare rimedio al dolore”.
(Severino E. *Il Giogo*, 1989 Adelphi Edizioni, Milano).

Gli attacchi a Parigi nel mese di novembre 2015 hanno risvegliato in tutti noi sofferenze e paure dormienti, ponendoci la questione sia del senso della vita, sia del senso della morte, della sua assurdità come della sua repentinità e, anche, della sua indicibile brutalità.

La questione della sofferenza risuona come un'eco, come un tratto comune di tutta la nostra storia, probabilmente perché attraversa l'umano nella pluralità delle sue dimensioni, dei suoi percorsi e del suo errare. Nel campo della sociologia e della psicopsicologia, come in quello dell'ambito sociale e clinico, il tema della sofferenza è ancora più cruciale, anche perché si intreccia a quelli della cittadinanza e del riconoscimento del soggetto. La cosa più difficile, ma anche più essenziale, in questi tempi in cui la nostra civiltà sembra vivere una profonda crisi di senso, è quella di cercare di cogliere e di spiegare il significato della sofferenza e del dolore. Del resto, l'interrogativo sulle cause del dolore fisico e dei suoi effetti sulla sofferenza psichica, non si configura come un 'mistero' e non pone, in fondo (1), un interrogativo sul senso stesso della vita?

È importante non negare la sofferenza nelle sue diverse manifestazioni, ma dobbiamo anche tenere conto dell'inevitabile trasformazione del vissuto del dolore che può monopolizzare gli esseri umani con una brutalità difficilmente sopportabile, specie nel lungo periodo.

Complessivamente, possiamo distinguere tre tipi principali di atteggiamento verso la sofferenza: la rivolta contro lo scandalo che essa rappresenta per l'assurdità e l'ingiustizia che la caratterizzano (2); la rassegnazione davanti ai nuovi percorsi che essa ridisegna all'insaputa del soggetto (3); l'esaltazione del valore salutare di una prova che può essere considerata perfino portatrice di consapevolezza¹ e quindi, in qualche misura, desiderabile.

Solo la sofferenza fisica – il dolore – sembrerebbe costituire una certezza: più localizzata, più sporadica e dotata di soglie di intensità tendenzialmente determinabili, essa sfuggirebbe ad un aspetto che caratterizza la sofferenza, la cui causalità, in quanto d'ordine sia sensibile che sovransensibile, coinvolge elementi considerati non ponderabili. In breve, il dolore, non sviluppandosi ancora in parametri oggettivi, si confonderebbe con il livello di sensibilità che caratterizza il vivere nelle sue manifestazioni esistenziali di base (in *Encyclopedia Universalis*). D'altra parte, come scrive Kipman in un articolo dedicato al dolore fantasma, è un curioso paradosso la considerazione che un importante problema di salute pubblica si basi su una patologia, la sofferenza psichica, che non è strettamente quantificabile o oggettivabile e che potrebbe essere considerata una sorta di fantasma del dolore (5).

Il dolore lo conosciamo bene. È consustanziale alla vita,

¹ Al riguardo, si possono ricordare le parole di Bellow che, ne *Il re della pioggia*, scrive: "La sofferenza è l'unico mezzo valido per rompere il sonno dello spirito" (4).

che si pensi al mal di denti o ai crampi muscolari, alle lesioni traumatiche o alla malattia cronica...; la sua valutazione a volte è difficile, perché troppo soggettiva; inoltre, chi soffre può sia sottodimensionare sia sovradimensionare il suo dolore. Ma se il dolore fisico è avvolto in un alone sfocato sia da parte del dolente, sia del caregiver, per quanto concerne la sofferenza psichica il quadro è ancora più complesso: non vi è più un riscontro oggettivabile da trovare, ma solo nebbia. Per alcuni, si tratta di malati immaginari che non devono far altro che ricorrere alla propria volontà per guarire, dato che, quando li si visita, si può solo constatare che "hanno tutto per essere felici". E, in questo periodo di crisi, alcuni, non pochi, non esitano ad affermare che si tratti di "malattie da ricchi" o per persone che "hanno molto tempo libero" (del resto, non si tratta, spesso, di disoccupati o di pensionati?), quando non di "malattie da donne" (dove è chiara l'etimologia sciovinista del termine isteria).

Se la sofferenza mentale e l'isolamento che possono accompagnare il dolore fisico sono universalmente diffusi, troppo spesso tale dimensione altera in modo permanente la vita psichica di un individuo. Se il dolore è abbastanza forte e si verifica nel corso di un periodo particolare dello sviluppo, in particolare tra i bambini, è la strutturazione finale della psiche che viene contrassegnata in modo permanente e può assumere anche una connotazione patologica, costituendo così un problema di salute pubblica, ovviamente difficile da affrontare a causa del carattere spesso polimorfico che queste manifestazioni di stress psicologico possono assumere. Anche se si percepisce bene il disagio che innesca l'evocazione di tale sofferenza, si tende a respingerla, con un rifiuto che indica una difficoltà a percepirne la constatazione e l'esplicitazione. Per molti, sarebbe meglio che tale sofferenza fosse tenuta nascosta, ma questo non è possibile, poiché la sua denuncia non può rimanere in silenzio, e, del resto, se così fosse, essa o si manifesterebbe in modo spiazzante/imprevisto, o verrebbe spostata su percorsi somatici, comportamentali o di altro tipo, che conosciamo meglio.

Profonde sono le ragioni che rendono la sofferenza psichica così difficile da comprendere e nonostante il nostro rifiuto ad accettarla, non possiamo ignorare il fatto che tutti l'abbiamo conosciuta, che tutti abbiamo incontrato in un momento o l'altro della nostra vita lo *spleen*, il dolore, l'amarezza del fallimento o del rimpianto, la tristezza o la depressione.

Davanti alla sofferenza degli altri, anche se i medici e gli altri professionisti possono un po' proteggerci, si risveglia la memoria, in modo automatico e spesso inconscio della nostra stessa sofferenza, ed è questo risveglio che, in modo altrettanto automatico e inconscio, rifiutiamo. Siamo tutti veterani della sofferenza, e, come tali, preferiamo "lucidare le nostre medaglie" evocando i bei vecchi tempi (dell'infanzia, della giovinezza, degli inizi professionali, dei rapporti amorosi...) e cancellare l'orrore, il dramma e la sofferenza che pure hanno caratterizzato anche quei tempi e dai quali abbiamo cercato di scappare.

Il campo delle domande, ma anche delle possibili risposte, anche se embrionali, che pone il dover affrontare la sofferenza degli altri, è molto ampio. Anzitutto, dobbiamo ricordare qualcosa di ovvio, cioè che tutti siamo, o siamo stati, esseri sofferenti, che il dolore fisico o psicologico invade, o ha invaso, le nostre vite, i nostri sensi. Anche per questo, la sofferenza altrui può essere troppo pesante da sopportare. Chi non ha mai interrotto una conversazione con un amico, o un parente la cui sofferenza era espressa in modo troppo palese?

Ma, soprattutto, la sofferenza ci turba perché ci obbliga a confrontarci con i 'limiti' del nostro agire ed a ridimensionare la nostra illusione di onnipotenza: questo è un aspetto molto rilevante nel nostro attuale modello culturale, che enfatizza il ruolo della capacità di intervenire su tutti i fenomeni e che fa fatica ad accettare che vi siano limiti al riguardo. Se tale difficoltà può essere percepita come un rifiuto della sofferenza, la chiave per comprenderla e affrontarla è da trovare in noi, anche con l'aiuto di altri, *in primis* di quei professionisti in grado di offrire supporto e orientamento: ossia, trovando come alleata la nostra capacità di superare la dimensione individuale e di contrapporre al dolore la nostra resilienza non solo individuale, ma anche collettiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Aïn J. Lettre, in Souffrance, 1992.
2. Nemo P. Giobbe e l'eccesso del male. Città nuova, Roma. 2009.
3. Forzani JG. I fiori del vuoto. Introduzione alla filosofia giapponese. Bollati Boringhieri. 2006.
4. Bellow S. Il re della pioggia, Feltrinelli, Milano. 1959.
5. Kipman SD. Le fantôme de la douleur; in Santé mental. 1984.

La domotica, uno strumento per supportare l'autonomia e l'assistenza delle persone disabili e anziane al domicilio

Valerio Gower

Centro per l'Innovazione e il Trasferimento Tecnologico, Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano

INTRODUZIONE

Il termine *domotica* è un neologismo che deriva dalla contrazione delle parole $\delta\omicron\mu\omicron\sigma$ (casa in greco) ed informatica. La domotica rappresenta quindi l'applicazione di tecnologie e metodologie proprie dell'elettronica e dell'informatica all'ambiente domestico. La domotica si inserisce a sua volta nel più ampio concetto dell'*Ambient Assisted Living* (AAL), traducibile con la locuzione "vivere assistiti dall'ambiente che ci circonda", che può essere definito come l'insieme di soluzioni tecnologiche destinate a rendere l'ambiente nel quale viviamo attivo, intelligente e cooperativo, efficace nel sostenere la vita indipendente, capace di fornire maggiore sicurezza, semplicità, benessere e soddisfazione nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (1).

La domotica, che comincia ad affermarsi agli inizi degli anni 2000, non nasce di per sé per rispondere a specifiche esigenze di persone con disabilità o anziane, ma per soddisfare più in generale esigenze di comfort, sicurezza e risparmio energetico, cercando di applicare all'ambito dell'architettura quelle innovazioni tecnologiche che caratterizzavano il mondo dell'informatica, con riferimento in particolare alla possibilità di connettere in rete tra loro tutti i dispositivi elettronici. Fin da subito tuttavia, i ricercatori e gli operatori che a vario titolo lavorano nel mondo delle *Tecnologie Assistive* (ovvero degli ausili tecnici a supporto dell'autonomia delle persone disabili) si sono resi conto dei nuovi e potenti orizzonti di autonomia che questa tecnologia avrebbe potuto offrire alle persone con disabilità. La domoti-

ca può infatti contribuire a migliorare l'accessibilità e la fruibilità dell'ambiente domestico, estendendo le abilità della persona e migliorandone la sicurezza.

L'impianto domotico integra tutti i dispositivi elettrici o elettronici che sono stati installati, siano essi *sensori*, ovvero dispositivi in grado di rilevare una grandezza in ingresso (ad esempio un sensore di luminosità, un sensore di movimento, un termometro digitale, ecc.), o *attuatori*, ovvero dispositivi che producono un'azione in uscita (ad esempio le luci, le motorizzazioni di porte o finestre, ecc.). In un impianto domotico tutti questi sistemi sono collegati in rete ed in grado di comunicare tra loro, permettendo di realizzare i cosiddetti *scenari di automazione*. Uno scenario di automazione (detto anche *macro*) può essere paragonato ad un piccolo programma informatico che permette di realizzare sequenze di azioni in risposta agli *input* ricevuti dai sensori e dai sistemi di comando collegati all'impianto. Ad esempio, è possibile realizzare una funzione che permette all'anziano quando esce di casa, di spegnere tutte le luci, chiudere tutte le serrande e abbassare la temperatura dei vari ambienti premendo un solo tasto.

LE POTENZIALITÀ DELLA DOMOTICA A SUPPORTO DELLE PERSONE CON LIMITAZIONI FUNZIONALI

Nell'ambito della disabilità le tecnologie domotiche possono essere classificate in due grossi ambiti: soluzioni per l'autonomia e soluzioni per la sicurezza (2).

QUADRO DI RIFERIMENTO

Il primo ambito – domotica per l'autonomia – sviluppa soluzioni che permettono all'utente¹ di gestire in modo indipendente la propria casa sfruttando al massimo le abilità residue e compensando le limitazioni funzionali. Questo tipo di soluzioni, che si rivolgono generalmente a persone con disabilità motoria, include automazioni e motorizzazioni (di porte, finestre, ecc.) che permettono all'utente di svolgere azioni altrimenti difficili o impossibili (ad esempio l'apertura del portoncino di ingresso o di una pesante tapparella in acciaio). Le soluzioni domotiche finalizzate a migliorare l'autonomia richiedono ovviamente una cooperazione attiva dell'utente che deve essere in grado di comprendere il funzionamento del sistema.

Il secondo ambito – domotica per la sicurezza – riguarda l'implementazione di soluzioni che segnalano, o addirittura prevengono, situazioni anomale o di pericolo. Questo tipo di soluzioni è generalmente mirato a persone con deficit cognitivi e può supportare direttamente l'utente oppure i *caregiver* che se ne prendono cura. Questa tipologia di soluzioni spazia da semplici sistemi di allarme (ad esempio per la rilevazione di una fuga di gas o di un allagamento) fino a complessi sistemi di monitoraggio del comportamento in grado di comprendere, tramite una rete di sensori ambientali o indossati dall'utente, il verificarsi di situazioni anomale (ad esempio uno stato di agitazione). Le soluzioni in questo ambito variano molto in termini di maturità delle tecnologie: si va da prodotti commerciali già presenti sul mercato da molto tempo e altamente affidabili, fino a prototipi per i quali è stata dimostrata la "validità del concetto" (*proof of concept*) in ambienti di laboratorio, ma che necessitano di ulteriori sperimentazioni sul campo e di una fase di ingegnerizzazione prima di poter essere commercializzati.

La domotica può rappresentare quindi un utile strumento per l'autonomia e la sicurezza delle persone che presentano limitazioni funzionali, anche importanti, sia della sfera motoria sia di quella cognitiva. La scelta delle soluzioni più adeguate al singolo caso richiede tuttavia un'attenta ed accurata analisi delle problematiche caso per caso. Un elemento chiave,

in particolare per quanto riguarda le soluzioni della domotica finalizzate all'autonomia, è rappresentato dalle *interfacce di comando*, ovvero dai sistemi che l'utente deve utilizzare per attivare le diverse funzioni o scenari di automazione. Da questo punto di vista la domotica presenta un elevato grado di flessibilità e permette di utilizzare differenti interfacce di comando, anche in parallelo, per attivare la medesima funzione. Oltre ai classici interruttori sulle pareti, la domotica permette di utilizzare *sistemi di telecomando* di vario tipo che includono sia quelli di "comune commercio", sia quelli appositamente progettati per facilitarne l'uso da parte di persone con problemi motori, come ad esempio i telecomandi con i tasti ingranditi, quelli ad attivazione vocale, o ancora quelli controllabili tramite il *joystick* di una carrozzina elettronica (3, 4). Inoltre, anche l'ambito della domotica è stato investito dalla cosiddetta "rivoluzione del mobile" ovvero dalla diffusione massiccia e capillare degli *smartphone* e dei *tablet*. Sono oggi disponibili moltissime *app* che permettono di controllare le automazioni domestiche tramite *smartphone* o *tablet* collegati "in rete" con l'impianto domotico.

UNA CASA INTELLIGENTE?

Il concetto di domotica viene spesso associato a quello di "smart home", casa intelligente. In realtà il termine *smart* assume in questo contesto una connotazione diversa che si avvicina più al concetto di astuto, furbo. Più che di una casa intelligente si può quindi parlare di una *casa furba*, in relazione alla capacità di rispondere a comandi ed eventi, rilevati tramite i sensori, attuando funzioni volte a migliorare comfort, sicurezza e autonomia dell'utente o a ridurre il carico assistenziale di chi se ne prende cura. L'intelligenza in una casa domotica è quindi relativa alla progettazione e programmazione di funzioni di automazione dell'impianto in modo da poter rispondere appropriatamente alle esigenze dell'utente. In particolare, ciò che rende una casa domotica "intelligente" sono le funzioni di automazione che combinano una serie di ingressi (prove-

¹ Nell'ambito delle Tecnologie Assistive si preferisce generalmente utilizzare il termine utente in luogo di paziente per identificare il destinatario delle soluzioni e degli interventi mirati a migliorare l'autonomia e la sicurezza.

nienti dai sensori e dalle interfacce di comando) attraverso logiche di programmazione per produrre una serie di azioni (ovvero attivazioni di dispositivi). Un esempio di questo tipo di funzione può essere rappresentato dal sistema che segnala un rubinetto dimenticato aperto in bagno. Per realizzare questa funzione è necessario combinare l'informazione di un sensore di presenza (che rileva la presenza o assenza di persone in bagno), del sensore che rileva l'apertura e chiusura del rubinetto (flussostato) e di un timer che attende un certo tempo prima di far partire la segnalazione. L'impianto dovrà essere programmato secondo la logica seguente: se non ci sono persone in bagno e il rubinetto è aperto, dopo un tempo impostato (ad esempio 40 secondi) il sistema deve far partire un messaggio di segnalazione (ad esempio un messaggio vocale del tipo "il rubinetto del bagno è aperto"). Queste funzioni, che taluni definiscono di secondo livello (2), si contrappongono a quelle più semplici, di primo livello, che presentano invece una relazione diretta tra l'*input* e l'*output* [ad esempio l'azionamento di un telecomando (*input*) per aprire una porta motorizzata (*output*)].

LA CASA DOMOTICA DEL SERVIZIO DAT DELLA FONDAZIONE DON GNOCCHI

Per dare risposta alla crescente domanda sulle potenzialità offerte dalle tecnologie avanzate in genere e su quelle domotiche in particolare, dal 2007 la Fondazione Don Carlo Gnocchi ha allestito, presso il centro IRCCS S. Maria Nascente, un nuovo servizio denominato DAT (Domotica, Ausili, Terapia occupazionale) (4), che affianca al percorso clinico/terapeutico dell'utente l'attività di sperimentazione clinica e tecnologica sul campo. Il servizio DAT include al proprio interno una casa domotica costituita da un appartamento, di circa 130 metri quadri, attrezzato con ausili e soluzioni avanzate per supportare l'autonomia delle persone con disabilità nell'ambiente domestico. La casa domotica del DAT è un appartamento vero e proprio costituito da ingresso, soggiorno con angolo cucina, 2 camere, e un bagno. All'esterno della casa è anche presente un giardino attrezzato. La casa domotica è dotata di un sistema che permette di controllare le differenti



Figura 1 - Il pannello di supervisione della casa domotica del servizio DAT.

automazioni (luci, porte e finestre motorizzate, TV, climatizzazione, ecc.) attraverso l'utilizzo di speciali interfacce di comando (telecomandi adattati, sistemi a controllo vocale, ecc.).

La casa domotica viene utilizzata sia per obiettivi clinici, come "palestra di educazione all'autonomia" integrata nelle attività di terapia occupazionale offerte dal servizio DAT, sia come laboratorio di ricerca e sperimentazione di soluzioni innovative. In particolare, la casa domotica del servizio DAT è stata utilizzata come sito di test nell'ambito di vari progetti di ricerca, sia nazionali sia internazionali, focalizzati su sistemi di monitoraggio (5), su interfacce di comando innovative (6) e sulla robotica assistiva (7).

La Casa Domotica è attrezzata con un sistema di automazione, basato sullo *standard* aperto *Kon-nex™*, con il quale sono state implementate sia funzioni di primo livello (per controllare luci, porte e tende motorizzate, impianto di riscaldamento e condizionamento, ecc.) che complessi scenari di automazione di secondo livello (come ad esempio la chiusura automatica dei rubinetti del bagno quando vengono lasciati involontariamente aperti). All'impianto è collegato anche un supervisore che permette, tramite un pannello *touch screen* (Fig. 1), di visualizzare lo stato di tutti i dispositivi connessi e di personalizzare le automazioni (attivando/disattivando scenari di automazione e modificandone i parametri).

CONCLUSIONI

La domotica, applicando all'ambito domestico gli incredibili sviluppi delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione degli ultimi anni, presenta grandi potenzialità per supportare l'autonomia di persone disabili e anziane nel proprio domicilio. Tali potenzialità vanno tuttavia indirizzate in modo opportuno, progettando le funzionalità da realizzare, e scegliendo le interfacce di comando, in base a richieste e necessità del singolo caso. È infatti importante non lasciarsi abbagliare dagli "effetti speciali" di alcune soluzioni tecnologiche, ma scegliere le automazioni in base alle reali esigenze dell'utente, ricordandosi che, per essere realmente strumenti di autonomia, le tecnologie domotiche non hanno senso se risultano isolate dal contesto più generale dell'organizzazione della casa: fanno parte di un *continuum* che comprende ad esempio l'accessibilità all'abitazione, la fruibilità dell'ambiente in condizioni di autonomia e sicurezza, la conoscenza di trucchi e accorgimenti per risolvere problemi pratici di vita quotidiana, la compatibilità o l'interoperabilità con gli ausili personali in uso, la condivisione di spazi e momenti di vita con gli altri membri della famiglia (8, 9). Per questo la scelta della soluzione tecnologica giusta può richiedere approfondite valutazioni che coinvolgono un'*équipe* multiprofessionale in grado di considerare i differenti aspetti, di natura clinica, tecnologica, psicologica e sociale, che possono influire sull'adozione, l'accettazione e l'usabilità della soluzione.

BIBLIOGRAFIA

1. De Munari G, Matrella P, Ciampolini P (a cura di), AAL in Italia Primo Libro Bianco, Vicenza: TG Book Editore, 2012.
2. Del Zanna G, Malavasi M, Vaccari G. Manuale illustrato per la domotica a uso sociale. Milano: Tecniche Nuove, 2009.
3. Andrich R, Gower V. Ausili per la comunicazione, l'accesso informatico e la domotica. In: Andrich R, (a cura di) Progettare per l'autonomia. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali. 2008;95-107.
4. Andrich R, Gower V, Converti RM. The DAT Service, an integrated approach to improve independence at home. In: Eizmendi G, Azkoitia JM, Craddock G, editors. Challenges for Assistive Technology. Amsterdam: IOS Press. 2007;579-583.
5. Gower V, Andrich R, Braghieri P, Susi A. An advanced monitoring system for residential care facilities. In: Gelderblom GJ, Soede M, Adriaens L, Miesenberger K. Everyday Technology for Independence and Care. Amsterdam: IOS Press. 2011;57-64.
6. Carabalona R, Grossi F, Tessadri A, Castiglioni P, Caracciolo A, De Munari I. Light on! Real world evaluation of a P300-based brain-computer interface (BCI) for environment control in a smart home. Ergonomics. 2012;55(5):552-563.
7. Pignini L, Facal D, Blasi L, Andrich R. Service robots in elderly care at home: Users' needs and perceptions as a basis for concept development. Technology and Disability. 2012;24(4):303-311.
8. Andrich R. Valutare, consigliare, prescrivere gli Ausili. Tecnologie al servizio delle persone con disabilità: guida per operatori della riabilitazione. Milano: I quaderni della Fondazione Don Gnocchi, 2015.
9. Trioschi D. Una casa su misura. Domande e risposte per migliorare l'accessibilità domestica. Bologna: Centro regionale Ausili di Bologna. 2007.

Dove vanno i servizi e gli interventi pubblici per gli anziani non autosufficienti in Italia?

Cristiano Gori

Network Non Autosufficienza

Quali conseguenze determina la crescente distanza tra bisogni in aumento e scarsità di risorse disponibili per gli interventi, a titolarità pubblica, rivolti agli anziani non autosufficienti? Se lo chiede il Quinto Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia del Network Non Autosufficienza (NNA), recentemente pubblicato e recensito in questo numero della rivista. Vediamo alcuni punti chiave emersi.

LA DIMINUZIONE DELL'UTENZA

Nel primo decennio del secolo, la percentuale di anziani raggiunti dall'assistenza pubblica per la non autosufficienza è aumentata, in un'epoca segnata da una complessiva espansione quali-quantitativa del sistema. La Tabella 1 sintetizza le tendenze medie nei principali interventi pubblici in Italia, con riferimento

Tabella 1 - Andamento della copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti in Italia, utenza come % della popolazione 65+.

Intervento	Fase espansiva (scorso decennio)	Segnali di crisi	Sviluppi più recenti
Assistenza Domiciliare Integrata	+ da 1,9 (2001) a 4,1 (2010)	= 4,1 (2010 e 2011)	+ da 4,1 (2011) a 4,3 (2012)
Servizi di Assistenza Domiciliare	- da 1,8 (2006) a 1,4 (2010)	= 1,4 (2010 e 2011)	- da 1,4 (2011) a 1,3 (2012)
Residenzialità	= ca. 2 (2000-2006)	- da 2,5 (2009) a 2,4 (2010)	- da 2,3 (2011) a 2,1 (2012)
Indennità di accompagnamento	+ dal 6 (2002) a 12,7 (2010)	- da 12,7 (2010) a 12,6 (2011)	- da 12,6 (2011) a 12,0 (2013)
Assegni di cura¹	+ notevole ampliamento	- diminuzione	- ulteriore diminuzione

Fonti: Mef-Dps-Obiettivi di servizio; Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati; Istat, L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia; Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari; Istat, Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche.

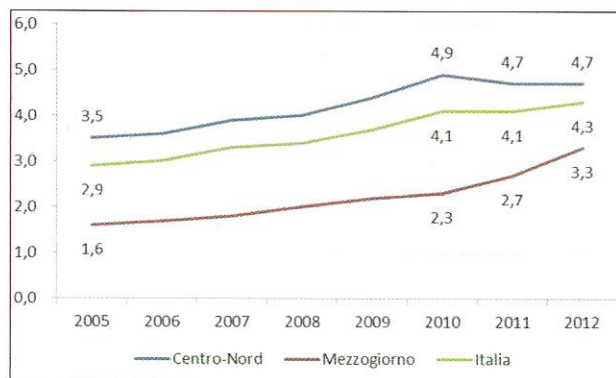
¹ Seppur non esistano dati complessivi, di fonte istituzionale, tutte le informazioni disponibili indicano tale andamento.

MATERIALI DI LAVORO

alla dimensione dell'utenza. Il periodo dal 2000 ad oggi viene suddiviso in tre fasi: quella di espansione del sistema, orientativamente lo scorso decennio, i segnali di crisi, e gli sviluppi successivi, sulla base dei più recenti dati disponibili. Si evidenzia l'accentuarsi della riduzione dell'utenza in tutti gli interventi, con l'eccezione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che ha ripreso ad aumentare grazie al Meridione (crescita che si lega agli incentivi economici del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013). In altre parole, se si esclude l'incremento dell'utenza nell'ADI, legato alla disponibilità di fondi straordinari nel sud del paese, in tutti i servizi e interventi ordinari assistiamo ad una riduzione della percentuale di popolazione anziana seguita. Il quadro qui tratteggiato nelle sue linee generali viene maggiormente dettagliato di seguito con riferimento ai due fenomeni chiave: l'interruzione del percorso di crescita dei servizi e l'arresto della corsa delle prestazioni monetarie.

L'INTERRUZIONE DEL PERCORSO DI CRESCITA DI SERVIZI

Mentre successivamente al 2010 si era evidenziata una stabilizzazione della copertura dell'ADI a livello nazionale, con un leggero arretramento nelle regioni del Centro-Nord, i dati più recenti, relativi al 2012, mostrano un complessivo aumento della copertura rispetto all'annualità precedente (Fig. 1). Fra il 2011 e il 2012, la quota di anziani in carico dall'ADI a livello nazionale è passata dal 4,1 al 4,3%: il percorso di crescita, dunque, è ripreso. Disaggregando per aree territoriali, osserviamo che al Centro-Nord l'utenza si è mantenuta stabile al 4,7%, mentre al Sud è aumentata dal 2,7 al 3,3% (crescita che si lega agli incentivi economici del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013)². Va tuttavia sottolineato che fra le regioni del Centro-Nord ve ne sono diverse che fanno registrare una seppur leggera diminuzione fra le due annualità (Lombardia, Trentino Alto Adige, Liguria, Toscana e Lazio).



Fonte: Mef-Dps-Obiettivi di servizio.

Figura 1 - Presa in carico degli anziani per il servizio di Assistenza domiciliare integrata (ADI). (Prevalenza su anziani di età ≥ 65 anni)

L'utenza dei Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) di titolarità dei Comuni ha fatto registrare negli anni scorsi un chiaro trend decrescente: fra il 2006 e il 2010 gli anziani che hanno utilizzato tale servizio in Italia sono passati dall'1,8 all'1,4%. Il 2011 ha mostrato una sostanziale stabilità, mentre nel 2012 si è assistito ad un nuovo calo, in particolare al Sud (Tab. 2). La riduzione della copertura del SAD, dunque, continua. Questo stop è iniziato prima rispetto all'arresto della crescita di altri servizi e interventi per gli anziani (ADI, prestazioni monetarie) a causa di due

Tabella 2 - Anziani utenti del Servizio di assistenza domiciliare, anni 2006-2010-2011-2012. (Prevalenza su anziani di età ≥ 65 anni)

	2006	2010	2011	2012
Nord-ovest	1,6	1,5	1,4	1,2
Nord-est	2,3	1,7	1,8	1,7
Centro	1,4	0,8	0,8	0,8
Sud	1,4	1,5	1,3	1
Isole	3,2	2,1	2	1,9
ITALIA	1,8	1,4	1,4	1,3

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, anni vari.

² Il Quadro Strategico Nazionale (QSN), previsto dall'art. 27 del Regolamento generale n. 1083/2006 sui Fondi strutturali dell'Unione europea, è il documento strategico-programmatico che definisce gli interventi da attuarsi in Italia nel periodo 2007-2013.

principali fattori: la difficoltà di finanziamento dei Comuni (legata ai tagli dei trasferimenti, a cambiamenti nelle entrate tributarie, al Patto di stabilità, ecc.) e il massiccio ricorso all'assistenza privata (badanti) da parte delle famiglie.

Rispetto ai servizi residenziali, l'analisi svolta in precedenza aveva evidenziato una sostanziale stabilizzazione dell'utenza. I nuovi dati mostrano invece un trend decrescente. Fra il 2009 e il 2012³ il numero di anziani ospiti in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie è leggermente calato di anno in anno, passando da 301.049 a 269.384 (-31.665). La diminuzione si evidenzia chiaramente considerando la quota di anziani accolti in struttura rispetto al totale di ultra 65enni, passata dal 2,5% al 2,1%. Tale tendenza si rileva in ciascun comparto territoriale, sebbene in misura meno marcata al Sud, dove l'offerta è già molto contenuta (Tab. 3).

Tabella 3 - Anziani presenti in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 31 dicembre, anni 2009-2012. (Prevalenza su anziani di età ≥ 65 anni)

	2009	2010	2011	2012
Nord-ovest	3,7	3,6	3,4	3,2
Nord-est	3,5	3,4	3,4	3,3
Centro	1,7	1,6	1,5	1,4
Sud	1,0	1,1	1,0	0,9
Isole	1,6	1,4	1,2	1,1
ITALIA	2,5	2,4	2,3	2,1

Fonte: elaborazione su dati Istat, presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anni vari, e Istat, Popolazione residente

L'arresto della corsa alle prestazioni monetarie

Durante il primo decennio del Duemila l'Indennità di accompagnamento ha conosciuto una notevole

Tabella 4 - Anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento, anni 2010-2013.

(Prevalenza su anziani di età ≥ 65 anni)

Anziani beneficiari	2010	2011	2012	2013
ITALIA	12,7	12,6	12,3	12,0

Fonte: elaborazione su dati Istat, Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I beneficiari delle prestazioni pensionistiche, anni vari, e Istat, Popolazione residente.

espansione in termini di utenza e di spesa. Nel periodo 2010-2011 la crescita si è interrotta e l'utenza si è stabilizzata. Le due annualità successive, invece, fanno registrare un calo nella percentuale di anziani che la ricevono (-0,6 punti percentuali) (Tab. 4).

Gli assegni di cura, cioè i contributi economici rivolti a persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari, finalizzati a sostenere l'onere dell'assistenza fra le mura domestiche, sono stati oggetto di investimento da parte di numerose amministrazioni durante lo scorso decennio. Seppur non esistano dati di fonte istituzionale in proposito, tutte le informazioni disponibili confermano che con l'inizio del nuovo decennio, in concomitanza con la riduzione dei fondi trasferiti dallo Stato e la crisi finanziaria degli enti locali, si è registrata una battuta d'arresto, con la contrazione dell'utenza in molti territori. I dati e le informazioni disponibili indicano che questa tendenza alla riduzione è ancora in corso.

CAMBIAMENTI NEL PROFILO DELLE RISPOSTE

Relativamente alla natura delle risposte messe in campo, dal Rapporto emergono alcune tendenze di fondo, di seguito riprese per sommi capi e che possono essere approfondite nel testo.

³ I dati fanno riferimento all'"Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" condotta dall'Istat a partire dal 2010, che ha allargato la base di rilevazione rispetto a "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia", avviata nel 1999 e realizzata fino al 2006 (vi sono dunque alcune annualità in cui il dato sugli anziani ospiti in strutture non è disponibile, inoltre le due serie di dati non sono comparabili). I dati Istat, qui illustrati, differiscono da quelli del Ministero della Salute, limitati alle strutture residenziali di carattere sanitario (dunque una parte della rilevazione dell'Istat), che mostrano invece una tendenza allo sviluppo dell'offerta e dell'utenza. Secondo il Ministero, dal 2010 al 2012 aumentano le strutture residenziali per anziani (da 2.999 a 3.098), i posti letto (da 171.590 a 180.604), gli utenti (da 255.272 a 267.771) e la percentuale di anziani ospitati nelle strutture (da 2,09 a 2,12%). Va precisato che nella rilevazione Istat permangono ancora elevati i tassi delle strutture non rispondenti, passate dal 32% del 2010 al 20% del 2012, cui l'Istituto rimediava ricorrendo a tecniche statistiche.

La focalizzazione di alcuni interventi su target in condizioni di maggiore gravità rispetto al passato

È un fenomeno ben noto, che può rappresentare l'esito di scelte esplicite oppure la conseguenza indiretta di altri mutamenti nelle politiche. Da una parte, in diversi contesti è segnalata la variazione nei requisiti di accesso ai servizi in direzione di una maggiore selettività, attraverso l'innalzamento del livello di gravità minimo per potervi ricorrere (ad esempio in Piemonte e in Sardegna). Dall'altra parte, in altri contesti (ad esempio Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna) i gestori delle strutture residenziali hanno segnalato un mutamento nel target degli utenti in carico, legato all'incrocio tra l'elevato importo delle rette e le ridotte disponibilità economiche delle famiglie che si rivolgono alle strutture residenziali sempre più tardi. Da ciò ne consegue che gli anziani istituzionalizzati sono frequentemente molto gravi e affetti da patologie degenerative in modo più rilevante che in passato.

L'aumento degli oneri a carico degli utenti nelle strutture

L'interruzione dell'aggiornamento delle quote sanitarie da parte delle regioni, indipendentemente dall'evoluzione dei costi che le strutture effettivamente sostengono, attuata allo scopo di controllare la crescita della spesa, è una tendenza emersa con forza. L'azione di ribilanciamento dei gestori si esercita nel riversare gli aumenti dei costi sulla compartecipazione degli utenti attraverso un incremento delle quote alberghiere, con il conseguente aumento dei costi a carico di questi ultimi. La tendenza all'aumento dei costi a carico delle famiglie, dovuta all'aumento delle rette o dei costi per servizi aggiuntivi è segnalata in numerose zone dell'Italia.

Le spinte alla rifamilizzazione della cura

Le tendenze illustrate spingono numerose famiglie ad assumersi in modo crescente l'onere della cura diretta dei propri anziani non autosufficienti. Sep-pure il modello italiano di *welfare* abbia sempre attribuito centralità alle responsabilità familiari, la fase di

espansione del sistema pubblico di *Long-Term Care* dello scorso decennio aveva fatto compiere alcuni passi nella direzione di una maggiore tutela pubblica. Nel decennio in corso, invece, si assiste ad un arretramento, segnato sovente dall'incremento dei compiti di cura della famiglia, con ricadute fisico-psicologiche pesanti e, talora, il rischio di cure inappropriate o insufficienti. In situazioni di particolare criticità economica, le famiglie si trovano a dover coniugare le esigenze di cura del proprio congiunto con quelle della sussistenza dell'intero nucleo.

Le difficoltà dei gestori ad assicurare l'assistenza secondo gli standard

Si segnala, in misura crescente, la situazione di gestori fortemente a rischio di non sostenibilità economica. Da un lato, i contributi dei Servizi sanitari regionali eccessivamente bassi (quota sanitaria), i limiti alla quota sociale troppo stringenti (ove definiti) e la ridotta capacità di spesa delle famiglie spingono verso un abbassamento degli *standard* di servizio. Dall'altro, la definizione, da parte del regolatore pubblico, di ulteriori requisiti gestionali, di struttura e di personale superiori a quelli prima applicati⁴, e/o l'aggravamento delle condizioni degli anziani al momento del ricovero (che rende indispensabile un'assistenza più intensa e medicalizzata), spingono verso l'alto i costi. Il dilemma che si pone al gestore, dunque, è se abbassare gli *standard* per rimanere competitivo a livello economico, o se mantenerli adeguati al bisogno, con rette superiori. Nella ricerca di una maggiore remunerazione, il gestore si rivale sui servizi aggiuntivi, sovente imposti, selezionando di fatto l'utenza più "abbiente" (e a volte anche quella meno complessa e più remunerativa), mentre il regolatore pubblico lascia libertà di azione sull'applicazione di quote aggiuntive per i servizi ulteriori (Fig. 2).

L'indebolimento del presidio del percorso assistenziale

Si registrano precisi segnali d'involuzione rispetto ai precedenti sforzi di rafforzamento del presidio pubblico del percorso assistenziale. Si tratta di un'inversione di rotta rispetto allo scorso decennio nel

⁴ La richiesta di requisiti superiori avviene spesso nell'ambito dei meccanismi di premialità presenti in diverse regioni, ed è dunque importante per i bilanci delle RSA. L'accoglienza di una tipologia diversa di anziani (pazienti oncologici, in coma, con malattie neurologiche, ecc.), promossa dalla legislazione di molte regioni, implica per i gestori una crescita dei costi che spesso non vengono riconosciuti attraverso quote sanitarie maggiori.

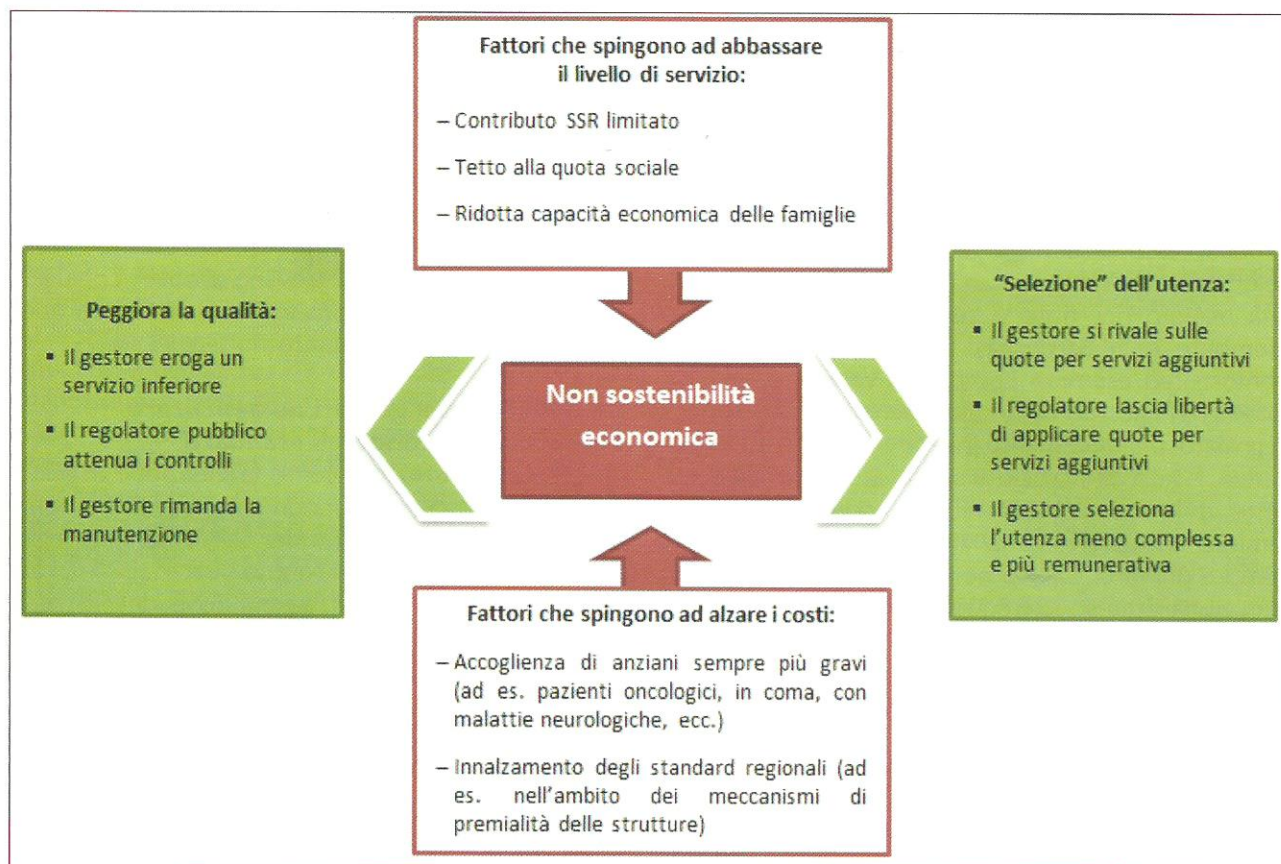


Figura 2 - Il difficile equilibrio del gestore e i possibili effetti.

quale, pur tra numerose difficoltà, si era molto lavorato – in gran parte del paese – per la costruzione di un sistema capace di presidiarne le diverse fasi: informazione e primo filtro, lettura del bisogno, valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, monitoraggio e accompagnamento del caso. A fronte di finanziamenti in continua contrazione, emerge la tendenza a concentrare le risorse sulle prestazioni dirette, nell'ambito, appunto, di un progressivo indebolimento del sostegno al percorso assistenziale di utenti e famiglie.

RICOSTRUIRE IL FUTURO

La lettura trasversale delle interviste ai nostri referenti indica un importante mutamento di scenario, legato al superamento dello smarrimento iniziale dovuto all'insorgere della crisi. Mentre qualche anno fa per i servizi agli anziani non autosufficienti sem-

brava esistere unicamente la prospettiva dell'arretramento, oggi vi sono segnali dell'apertura di nuovi spazi di riflessione e progettualità, per la costruzione di un futuro diverso.

Esiste, infatti, un crescente patrimonio di progettualità rispetto alle diverse realtà locali. Agli esperti intervistati abbiamo chiesto se, nel territorio in cui operano, si stiano aprendo opportunità e spazi di riflessione per mettere in discussione l'assetto dei servizi e per migliorarlo. La risposta è stata positiva. Fra i diversi esempi sono identificabili, in particolare, piste di lavoro, che non sono certo le uniche, ma che vengono indicate come prioritarie: articolare la rete d'offerta e mettere a sistema risorse di fonte plurima.

Riarticolare la rete d'offerta. L'intento è quello di articolare maggiormente il mix di servizi e interventi disponibili, così da rispondere in maniera più sensibile alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Si tratta di disegnare una rete d'offerta maggiormente articolata, nell'ambito dello

spazio intercorrente fra i tradizionali servizi domiciliari e quelli residenziali per l'accoglienza di persone gravemente non autosufficienti. Le nuove tipologie di servizi e di prestazioni vanno nella direzione di adattarsi maggiormente alle eterogenee esigenze degli anziani e delle loro famiglie, e al loro mutare nel tempo. È la sfida che alcune amministrazioni regionali stanno cercando di vincere.

Allargare il perimetro degli interventi pubblici mettendo a sistema risorse di fonte plurima.

L'evidente difficoltà a rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie ha spinto diversi contesti locali a porre in discussione il

ruolo dell'Amministrazione e l'assetto dei servizi. Si registrano sperimentazioni che vanno nella direzione di allargare l'utenza e i servizi offerti, mettendo a sistema risorse di fonte diversa: pubbliche, familiari, private. Fra gli esempi più citati si annoverano i progetti tesi alla valorizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari e alla sua inclusione nella rete dei Servizi ad accesso pubblico. Un'altra linea di lavoro guardata con interesse riguarda la creazione di un sistema di offerta comune tra istituzioni pubbliche, fondi integrativi, assicurativi e pensionistici, oltre al *welfare* aziendale, che garantisca nel suo complesso una risposta adeguata a fronte di esigenze crescenti.

Cure intermedie: un servizio di transizione e continuità di cura tra ospedale e territorio

Renzo Bagarolo¹, Anna Castaldo²

¹Istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

²Formazione e URP, Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione, Milano

PREMESSA

L'invecchiamento della popolazione¹, dovuto alla riduzione delle nascite e alla maggior sopravvivenza, e la conseguente transizione epidemiologica con il prevalere delle malattie cronicodegenerative invalidanti su quelle acute, stanno determinando le condizioni di una "tempesta perfetta" che può mettere a rischio la sostenibilità economica e organizzativa dei sistemi sanitari di molti paesi occidentali. Ciò sta avvenendo soprattutto dove i servizi sanitari si sono organizzati nel corso dei trascorsi decenni con logiche "ospedale-centriche", adatti quindi a rispondere in modo intensivo e tecnologico alla malattia acuta, ma spesso inadeguati a garantire la "presa in cura" del paziente affetto da malattie croniche e invalidanti, generalmente un anziano funzionalmente fragile, affetto da polipatologia, complesso, grande utilizzatore di servizi sanitari di tipo estensivo. La disomogeneità delle organizzazioni sanitarie nei diversi paesi e nelle diverse regioni italiane nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari rende difficile fare un confronto e individuare modelli efficaci di "best-practice", anche per l'assenza di *outcome* e indicatori condivisi.

Alcune regioni italiane (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana, Veneto) hanno attivato negli ultimi anni differenti soluzioni organizzative di cure intermedie, spesso collocate indifferentemente in ambito ospedaliero (lungodegenza e riabilitazione) o

territoriale (lungo-assistenza), con sovrapposizione e spesso confusione di compiti e percorsi di cura.

In Lombardia 3 milioni di pazienti cronici (circa il 30% della popolazione lombarda) impegna il 70% delle risorse sanitarie: ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaci (DGR 1185/2013²), questa situazione sta animando il dibattito tecnico-politico sulla necessità di attivare servizi di cure intermedie per la gestione delle fasi di transizione fra la malattia acuta e cronica (fase post-acuta), con l'obiettivo di garantire la continuità di cura tra servizi ospedalieri e territoriali e ridurre il ricorso improprio ai servizi sanitari. In questo articolo si prende in esame la recente fase osservazionale avviata in regione Lombardia con la DGR 3383 del 10 aprile 2015³ per giungere alla ridefinizione di profili di cura nelle Unità di Cure Intermedie Residenziali, destinando i Servizi Riabilitativi Residenziali attivi in ambito territoriale (ex art. 26 L. 833/1978) alla rete delle Unità di Cure Sub-Acute attivate già nel 2011 in ambito prevalentemente ospedaliero.

UNITÀ DI CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI

La *British Geriatric Society* (2012) intende con "Intermediate o Transitional Care" la gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero di malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei

¹ L'Italia è al 2° posto in Europa dopo la Germania per indice di vecchiaia pari a 151 anziani > 65 aa ogni 100 giovani <15 aa (1).

² DGR n.X/1185 del 20 dicembre 2013 - Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014.

³ DGR 3383 del 10.4.15 - Le cure intermedie residenziali - Unità d'offerta sociosanitaria.

SPUNTI DI DIBATTITO

tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita (2). La fase osservazionale avviata in regione Lombardia con la DGR 3383 del 10 aprile 2015, avviene all'interno di uno specifico servizio residenziale e non considera l'insieme di servizi più o meno integrati che possono garantire un percorso di cura al paziente. Questo intervento di revisione programmatoria risponde inoltre alla necessità di operare una razionalizzazione del sistema di offerta regionale della post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) a distanza di circa 10 anni dal precedente riordino del sistema della riabilitazione del 2004 che aveva strutturato un efficace sistema di cure post-acuzie per le persone fragili in ambito socio-sanitario (circa 3.000 posti letto), parallelo e integrato al sistema della riabilitazione ospedaliera (circa 9.000 posti letto), ed era fondato sull'intervento riabilitativo ma garantiva a questi pazienti la fase di transizione dopo un evento acuto (3). La necessità di uniformare i sistemi sanitari regionali a quelli nazionali e renderli più efficienti sulla base delle esigenze di "spending review", ha richiesto una riduzione dell'offerta di posti di riabilitazione nel rispetto dei nuovi indici programmatori nazionali relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal Decreto n. 70 del 2 aprile 2015⁴ (3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,5 per mille riabilitazione e 0,2 per mille lungodegenza), ed ha portato ad una prima revisione e adeguamento della rete regionale dei servizi riabilitativi con la riclassificazione formale dei posti di riabilitazione del comparto socio-sanitario in "Unità di Cure Intermedie" rimandando ad una successiva fase la revisione dei contenuti di questo servizio.

È stato istituito un tavolo tecnico regionale con il mandato di individuare i contenuti di un nuovo servizio di Unità di Cure Intermedie, con l'intento di leggere e rispondere in modo flessibile e appropriato alla complessità dei bisogni di cure del paziente fragile, prevalentemente anziano e definire diversi profili di cura gestibili all'interno dello stesso setting residenziale di cura.

LA DELIBERA LOMBARDA CHE RIDEFINISCE LE CURE INTERMEDIE (DGR 3833/2015)

A seguire si prenderà in esame, seppur per sommi capi, i contenuti della delibera, con particolare riferimento alla definizione dei profili di cura e degli strumenti utilizzati per la valutazione del paziente, con un focus sullo strumento di rilevazione del bisogno assistenziale che viene assunto come il principale driver di profilazione del bisogno del paziente.

"Le cure intermedie costituiscono una tipologia di unità d'offerta nella rete sociosanitaria che, con tempistiche definite, è in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza e di assistenza domiciliare, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. Le unità d'offerta sociosanitarie di cure intermedie possono accogliere utenti direttamente dal domicilio, dall'ospedale o da tutti gli altri nodi della rete, di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione. Svolgono la funzione di assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno". ...omissis ... "L'utente delle cure intermedie è un soggetto che per il suo recupero e/o per il raggiungimento di un nuovo compenso finalizzati alla dimissione verso il proprio domicilio o a luoghi di protezione sociosanitaria (altre unità d'offerta della rete) richiede degli interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, che non possono essere erogati al domicilio o in ospedale". (DGR 3833/2015 Allegato A)

Nel provvedimento si dichiara l'intento osservazionale del mandato, ma viene data una prima indicazione di far confluire nel sistema dei servizi di "cure intermedie residenziali" i circa 3.000 posti letto di riabilitazione residenziale ex art. 26 (non sono coinvolti i servizi di riabilitazione per minori, ambulatoriale e domiciliare) e i circa 500 posti letto di post-acuzie (attivati prevalentemente nelle strutture residenziali per anziani). Per quanto riguarda i requisiti di esercizio e accreditamento, sostanzialmente si con-

⁴ Decreto 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015).

fermano quelli strutturali, tecnici e organizzativi già previsti dalla precedente normativa, con qualche concessione di maggior "flessibilità" per spazi comuni e palestre. Si segnala che per la gestione delle persone affette da demenza con disturbi del comportamento l'erogatore deve dotarsi di aree o reparti protetti "dedicati". Sono invece proposti nuovi e più elevati *standard* gestionali di personale per ciascun profilo e per le diverse figure professionali. È proposta inoltre la figura del *care-manager* per la gestione del processo di cura e la gestione delle relazioni con i diversi soggetti coinvolti.

I punti cardine delle unità d'offerta di cure intermedie sono:

- garantire un nodo di forte integrazione nella rete sociosanitaria regionale;
- rafforzare il collegamento con la domiciliarità;
- prevedere ruolo e funzioni del *care-manager*.

Non rientrano nell'unità d'offerta delle cure intermedie, e costituiscono criteri di esclusione:

- le patologie psichiatriche attive;
- le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo o affette da SLA, ecc.);
- le condizioni di instabilità in corso o non completamente superate;
- le acuzie non risolte;
- le diagnosi incomplete o in corso di definizione.

La documentazione sanitaria da produrre è il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario – FaSAS che prevede il Progetto Individuale (dove previsto il Progetto Riabilitativo) ed il PAI (Piano di Assistenza Individualizzato).

Per l'accesso alle cure intermedie i soggetti proposti il ricovero (medico ospedaliero, Medico di Medicina Generale, medico di unità d'offerta socio-sanitaria) compilano la richiesta su ricettario regionale e la scheda unica di invio e valutazione, che può essere presentata a più unità d'offerta. L'unità di cure intermedie, se il ricovero è appropriato, provvede all'inserimento dell'utente in lista di attesa e a programmarne l'ingresso.

La rilevazione dei bisogni degli utenti e l'assegnazione dei profili di cura viene effettuata tramite un'apposita scheda unica di invio e valutazione, compilata sulla base di criteri e strumenti standardizzati semplici, validati e di ampia diffusione in ambito clinico-assistenziale.

La scheda unica è suddivisa in sezioni: anagrafica; informazioni sanitarie (compresa terapia farmacologica); valutazione dell'instabilità clinica (Scala di Instabilità Clinica-SIC); controllo del tronco (ininfluente per la valutazione del profilo); valutazione della condizione funzionale pre-morbosa (Scala Rankin); valutazione della disabilità comunicativa (scala SDC); informazioni per eventuale demenza e disturbi del comportamento; a valutazione della fragilità sociale; valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA).

A seguire lo schema di attribuzione dei profili:

- 1) la valutazione della complessità assistenziale attraverso l'Indice di Complessità Assistenziale consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
- 2) il punteggio alle successive tre scale di valutazione (SIC, Rankin e SDC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui inserire il paziente. Nella Tabella 1 non compare il profilo 5 dedicato alle Demenze che è determinato dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

I PROFILI DI CURA

Vengono proposti cinque profili di cura differenti per intensità e complessità che si differenziano su quattro fondamentali aree di intervento: assistenziale, funzionale, clinica e sociale.

Profilo 1: utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale; è caratterizzato da bassa complessità assistenziale e bassa intensità clinica.

Profilo 2: utenti che evidenziano un'esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale; è caratterizzato da bassa/media complessità assistenziale e bassa intensità clinica.

Profilo 3: utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale e media esigenza di supporto clinico; è caratterizzato da alta complessità assistenziale e media intensità clinica.

Tabella 1 - Indicatori, strumenti e criteri per la definizione dei profili per le cure intermedie.

	PROFILO 1	PROFILO 2	PROFILO 3	PROFILO 4
	Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica	Media complessità assistenziale e bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale	Alta complessità assistenziale e media intensività clinica con necessità di recupero funzionale	Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica con necessità di recupero funzionale
INDICATORE				
Indice di Complessità Assistenziale* (ICA)	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
Scala Instabilità Clinica (SIC)	SIC <3	SIC <3	SIC <3	SIC <3
Rankin pre-evento (dipendenza)	Rankin ≥ 3	Rankin ≤ 2	Rankin ≥ 3	Rankin ≤ 2
Scala Disabilità Comunicativa	Alta disabilità	Bassa disabilità	Alta disabilità	Bassa disabilità

*modificato a 10 item

Profilo 4: utenti che evidenziano esigenza di elevato supporto nell'area assistenziale, della riattivazione e recupero funzionale e clinica (data la presenza importante di comorbidità); è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

Profilo 5: demenze: utenti affetti da demenza già diagnosticata con disturbi del comportamento in atto, che necessitano di un elevato supporto nell'area assistenziale, di riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale e di figure professionali specifiche; è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

Per i profili di cura da 1 a 4, la valutazione dei pazienti viene condotta con i seguenti strumenti:

Indice di Complessità Assistenziale (ICA); *Mini Mentale State Examination* (MMSE), da somministrare agli utenti con punteggio della scala di disabilità comunicativa pari a zero; Indice di Barthel; - Scala di Tinetti; - *Global Evaluation Functional Index*

(GEFI).

Per il profilo di cura 5 – Demenze, gli strumenti sono: *Clinical Dementia Rating* (CDR); Indice di Barthel; - *Mini Mental State Examination* (MMSE); - *Neuropsychiatric Inventory* (NPI); - *Relatives Stress Scale* (RSS).

Per la presa in carico di ciascun utente, l'unità di cure intermedie è tenuta ad effettuare, entro 10 giorni dall'ingresso, la valutazione multidimensionale del bisogno, sulla base di una serie di strumenti validati, ed in coerenza con la valutazione confermare o modificare il profilo di cura.

La durata massima del periodo di remunerazione della degenza è di 40 giorni per il profilo di cura 1 e di 60 giorni per i rimanenti profili. Nei casi di fragilità sociale riconosciuta, considerate le possibili ricadute sullo stato di salute dell'utente, è prevista la possibilità di prolungare la degenza di 15 giorni oltre le soglie indicate.

L'INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA)

Il primo step per definire i profili di cura è rappresentato dalla classificazione del profilo assistenziale per le persone candidate alle cure intermedie. Lo strumento proposto dalla DGR 3383/15 è l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), proposto nel 1999 da Bruno Cavaliere e Diego Snaidero (4) per definire il carico di lavoro degli infermieri in ambito ospedaliero. Lo strumento originario individuava come espressione della complessità assistenziale 11 prestazioni infermieristiche⁵ (Tab. 2). Il sistema di classificazione e la pesatura della gravità include 5 livelli, corrispondenti al livello di autonomia del paziente. L'analisi è basata sulla situazione assistenziale dei pazienti generata non solo dalle loro patologie, ma da un insieme di fattori che determinano il loro bisogno di assistenza infermieristica. La scheda ICA proposta dalla suddetta delibera comprende 10 sezioni (Tab. 2), in cui per ciascun bisogno/funzione è prevista una serie di item che

delineano la situazione del paziente con gradi assistenziali che variano da 1 a 4. In linea generale, il peso assistenziale 1 è assegnato quando la persona è autonoma nel soddisfare un bisogno/funzione. Il peso 2 è attribuito alle persone che necessitano di un minimo supporto o monitoraggio delle loro funzioni e/o condizioni cliniche. I pesi 3 e 4 corrispondono alla necessità di un'assistenza parziale o totale. La valutazione complessiva dell'ICA determina una prima suddivisione dei pazienti in due ambiti: profili 1 (bassa CA) e 2 (media CA) oppure profili 3 e 4 (alta CA) (DGR 3383/15).

Rispetto alla versione originaria (4) si osserva che non sono state contemplate le procedure diagnostiche e terapeutiche, anche se il monitoraggio dei parametri è stato incluso nella funzione respiratoria e cardiocircolatoria, mentre il piano terapeutico è stato inserito nell'area clinica della stessa scheda. Di converso, nella sezione "funzione cardiocircolatoria" è prevista anche la classificazione dello scompenso cardiaco attraverso la scala NYHA (*New York Heart Association*).

Tabella 2 - Comparazione ICA versione originaria e proposta DGR 3383/15.

Metodo ICA (Cavaliere & Snaidero, 1999)	Area assistenziale: Indice di complessità assistenziale (ICA) DGR 3383/15
Respirazione	Funzione respiratoria
Alimentazione e idratazione	Alimenti e idratazione
Eliminazione urinaria e intestinale	Eliminazione
Igiene	Igiene e abbigliamento
Movimento	Movimento
Sonno e riposo	Riposo e sonno
Funzione cardiocircolatoria	Funzione cardiocircolatoria
Ambiente sicuro	Ambiente sicuro/situazione sociale
Interazione nella comunicazione	Sensorio e comunicazione
Eseguire le procedure diagnostiche	-
Applicare le procedure terapeutiche	Medicazioni

⁵ Il sistema di classificazione era orientato al "Modello delle Prestazioni infermieristiche", elaborato negli anni '90 da Marisa Cantarelli e da un gruppo della scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano. Il modello definisce 11 prestazioni che l'infermiere gestisce in autonomia o con la collaborazione di altri professionisti in risposta ai bisogni di assistenza infermieristica degli utenti.

SPUNTI DI DIBATTITO

Si può presumere che l'ICA previsto dalla DGR 3383/15, più che la modifica della versione originaria, rappresenta un adattamento dell'indice di intensità assistenziale (IIA), già applicato nella fase sperimentale delle attività di cure sub-acute per definire l'arruolamento appropriato dei pazienti candidati a questa tipologia di offerta (DGR 1479/11).

Va precisato che dalla prima redazione la metodologia ICA è stata costantemente rivista nel corso degli anni, con un approccio orientato alla creazione di un sistema multidimensionale e multidisciplinare e non solo alla misura del carico di lavoro (5, 6). L'attuale versione della metodologia ICA (7), oltre che per la disciplina infermieristica, può essere agevolmente adattata per rilevazione della complessità assistenziale di altre professioni sanitarie (medici, tecnici della riabilitazione, ostetriche, ecc.) e diversi ambiti assistenziali. Per la misurazione della complessità assistenziale infermieristica è possibile scegliere differenti modelli assistenziali, tra quelli già applicati nei contesti professionali (6, 7).

L'applicazione della recente versione dell'ICA per quanto appaia complessa al primo impatto, potrebbe essere validata nelle strutture riabilitative e/o residenziali (*setting* ancora poco esplorati in tema di complessità clinico-assistenziale) con l'obiettivo di sviluppare un sistema che coniughi la classificazione con la personalizzazione delle cure e di costruire sistemi organizzativi orientati non solo alla quantità

ma soprattutto alla qualità tramite la gestione delle competenze e dell'appropriatezza delle cure.

I PRIMI DATI

Nella fase "osservazionale" di 6 mesi (dal 15 aprile al 15 ottobre 2015) non sono stati introdotti nuovi criteri di inclusione dei pazienti o cambiamenti organizzativi, anche se di fatto la nuova scheda unica ha introdotto e privilegiato criteri clinico-assistenziali rispetto a quelli funzionali-riabilitativi. Ciò ha contribuito ad allentare i vincoli di esclusione di pazienti precedentemente considerati non appropriati per un *setting* riabilitativo. Ad esempio la nostra struttura ha monitorato in questa fase indicatori di complessità clinico-assistenziale e gravità clinica ed ha osservato un incremento dei decessi su base annua che è passata da una prevalenza assestata negli anni di circa 1,5% al 3,8% del 2015, ed un incremento significativo dall'inizio del semestre sperimentale di pazienti confusi con necessità di mezzi di protezione individuale, pazienti con lesioni da decubito, incontinenti con necessità di catetere vescicale e/o presidi, disfagici con necessità di nutrizione enterale. Nelle Figure 1 e 2 e nella Tabella 3 sono presentati i dati di "profilazione" generale e per *setting*, rilevati su tutta la regione nel periodo di osservazione.

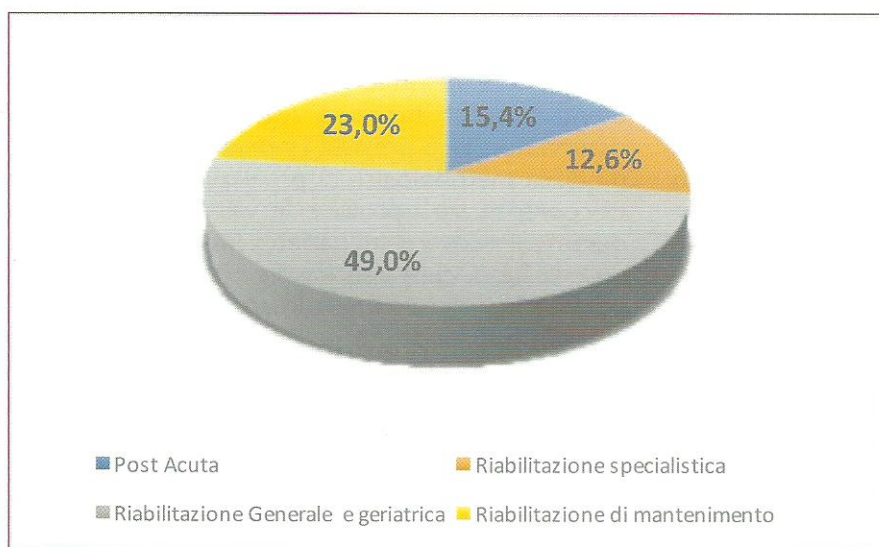


Figura 1 - Distribuzione dei 3.335 posti letto.

Fonte: Regione Lombardia Cure Intermedie
Dati flusso sperimentale 15 aprile - 15 ottobre

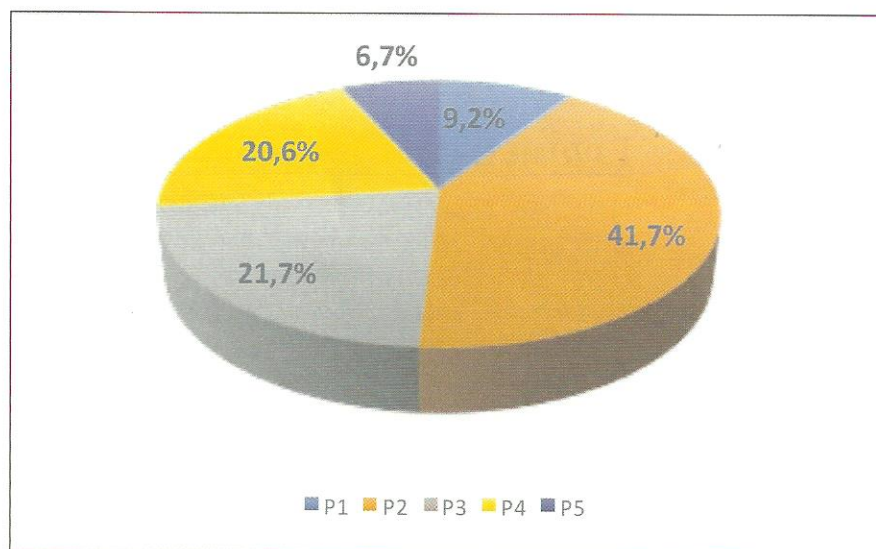


Figura 2 - Attribuzione dei profili di cura durante il periodo osservazionale (10.405 pazienti).

Fonte: Regione Lombardia Cure Intermedie Dati flusso sperimentale 15 aprile - 15 ottobre

Tabella 3 - Riclassificazione dei ricoveri dopo l'attribuzione del profilo di ingresso (n = 10403).

PROFILI DI CURA	P1		P2		P3		P4		P5		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Post Acuta	206	13,1	536	34,1	526	33,4	235	14,9	71	4,5	1574	100
CI Specialistica	81	4,8	837	49,6	310	18,4	437	25,9	23	1,4	1688	100
CI Generale	483	9,0	2.160	40,2	1020	19,0	1139	21,2	572	10,6	5374	100
CI Mantenimento	191	10,8	810	45,8	405	22,9	331	18,7	30	1,7	1767	100
TOTALE	961	9,2	4343	41,7	2261	21,7	2142	20,6	696	6,7	10403	100

Fonte: Regione Lombardia Cure Intermedie Dati flusso sperimentale 15 aprile - 15 ottobre.

CONCLUSIONI

La "riconversione" dei posti letto di riabilitazione territoriale in Unità di Cure Intermedie ha introdotto un'incoerenza fra "contenitore/servizio" e "contenuto/paziente" che deve essere affrontata. La fase osservazionale avviata con la DGR 3383/2015, rappresenta l'opportunità di intraprendere un percorso di revisione e riorganizzazione di questi servizi per rispondere in modo appropriato ai nuovi bisogni di cure dovuti alla transizione epidemiologica verso la prevalenza di malattie croniche e invalidanti.

Il sistema dei profili di cura messo a punto, introdotto e sperimentato si è rivelato una modalità semplice e flessibile per leggere la complessità dei

bisogni delle persone "fragili" che sono i principali utenti di questi servizi. A seguito della prima fase osservazionale è prevista l'introduzione di qualche modifica metodologica di profilazione ed un'analisi di coerenza tra i profili e le valutazioni condotte durante il ricovero sui pazienti. Infine l'integrazione delle unità di cure intermedie, oltre che con i servizi territoriali, tradizionalmente già consolidata, con quelli di carattere più sanitario come le Cure Sub-Acute e la Riabilitazione, potrà permettere al sistema sanitario regionale di costruire un sistema di *Intermediate o Transitional Care* in grado di affrontare la "tempesta perfetta" provocata dall'invecchiamento della popolazione e dalle malattie cronico-degenerative invalidanti.

BIBLIOGRAFIA

1. Pesaresi F. Il Cittadino Non Autosufficiente e l'Ospedale. 5° rapporto Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore.
2. AAVV. Monografia: Le cure intermedie In Salute e Territorio n. 201. Anno XXXV, giugno 2014, Pacini editore.
3. Bernardini B, Gardella M. IPER 2 - Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione Manuale istruzioni, 2011.
4. Cavaliere B, Snaidero D. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale, Management Infermieristico n°1, Milano, Lauri editore. 1999;32-36.
5. Cavaliere B. Sistema integrato di misurazione della complessità assistenziale, Management Infermieristico n°2, Milano, Lauri editore. 2006;13-22.
6. Cavaliere B. Misurare la complessità assistenziale. Rimini, Maggioli Editore, 2009.
7. Cavaliere B. Metodo di determinazione degli Indici di Complessità Assistenziale (ICA): dieci anni di sviluppo e sperimentazione, Associazione Italiana Case Manager Journal. 2013;6-15.

Formare all'Approccio Capacitante con l'Approccio Capacitante: un'esperienza

Donatella Basso

Psicologa - psicoterapeuta, Udine

PREMESSA

L'idea forte del metodo capacitante è il Riconoscimento delle Competenze Elementari nella persona fragile, delle Competenze relazionali e professionali nell'operatore. La formazione individua e restituisce il riconoscimento delle strategie utilizzate per dare un significato (anche teorico) alle azioni che quotidianamente si rivelano efficaci nel contesto in cui sono usate dai partecipanti. Qualunque sia la loro professionalità, gli operatori sono esperti: delle risorse e delle problematiche organizzative, dell'interazione con gli utenti e con i colleghi, delle modalità che hanno affinato nel corso di anni di lavoro. Che cosa funziona e che cosa non funziona nel loro operare, che cosa reca disagio o soddisfazione nel trovare o meno una via d'uscita positiva alle situazioni problematiche quotidiane? Questo è stato il punto di partenza per una formazione che si è rivelata efficace.

I LUOGHI

L'area nella quale si è realizzato il progetto formativo è una zona montana, con grande frammentazione e dispersione dei centri abitati. Tolmezzo è il Comune più importante con circa 10.500 abitanti. Il progetto ha interessato l'Ambito Distrettuale "Carnia" coinvolgendo i servizi domiciliari, la casa di riposo, il centro diurno gestito dal servizio sociale.

L'Ambito distrettuale si occupa delle seguenti funzioni:

- informazione, promozione e prevenzione, rilevazione dei bisogni e risposta ai medesimi, presa in carico, consulenza, progettazione e realizzazione d'interventi e servizi a favore di singoli, di gruppi e della comunità, anche in collaborazione con altri enti e/o associazioni;

- di problematiche relative a bambini, ragazzi, giovani, famiglie, anziani, persone con disabilità, adulti fragili;

Hanno diritto ad accedere alle prestazioni, agli interventi e ai servizi tutte le persone residenti nel territorio dell'Ambito, gli stranieri legalmente soggiornanti e le persone comunque presenti nel territorio in caso necessitino d'interventi urgenti di assistenza. La Casa di Riposo della Carnia, Azienda Servizi alla Persona San Luigi Scrosoppi di Tolmezzo, Udine, accoglie da oltre 40 anni persone anziane autosufficienti e, fin dall'ampliamento successivo al 1976, accoglie anche non autosufficienti. Attualmente, l'Azienda si occupa dell'ospitalità di persone anziane e fornisce prestazioni di carattere sanitario e riabilitativo, oltre a quelle alberghiere e di socializzazione-animazione. L'attività di assistenza all'interno della sede istituzionale avviene in 6 nuclei suddivisi tra i diversi piani della struttura, che accoglie in totale circa 160 anziani.

Il Servizio Sociale dei Comuni di Tolmezzo gestisce all'interno della struttura il Centro Diurno rivolto agli anziani del territorio tolmezzino.

LE CONSULTAZIONI PREPARATORIE

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge i proponenti a ogni livello. Le consultazioni sulle proposte programmatiche sono avvenute in una serie d'incontri (4 in tutto) scaglionati nel tempo, che hanno coinvolto i responsabili della formazione e dell'animazione di ciascuna delle tipologie di destinatari e committenti.

L'offerta è stata definita in base alla lettura del bisogno dei richiedenti e i dettagli dei programmi dell'attività in aula sono stati ogni volta predisposti *ad hoc* tenendo conto del numero e delle professionalità dei presenti.

ESPERIENZE

LA FORMA DELLA PROPOSTA, L'ORGANIZZAZIONE DEI CONTENUTI

La proposta è stata presentata in forma definitiva secondo le modalità previste dalle schede suggerite da Adriano Pennati, formatore del gruppo SATEF, Sviluppo e Formazione Attraverso l'Esperienza (1). Le schede prevedono una pagina d'impostazione dell'attività formativa che descrive il titolo, i partecipanti, gli obiettivi, suddivisi in utili categorie (conoscenze, competenze, tecniche) e alcuni fogli di progettazione vera e propria, in cui le attività di motivazione e di apprendimento, gli strumenti e le tecniche da utilizzare sono esposti tenendo conto della durata prevista per ciascuna delle fasi programmate. La scheda permette al formatore di valutare esattamente ciò che avviene in ogni momento dell'attività d'aula, aiutandolo a rispettare la congruenza con gli obiettivi concordati e i tempi previsti. Si presta a essere usata in modo flessibile nel caso di opportune modifiche in itinere, consentendo di mantenere la consapevolezza e l'attenzione sulle finalità esposte e condivise con il gruppo dei partecipanti.

I CONTENUTI

L'Approccio Capacitante

Nell'area della fragilità *l'Approccio Capacitante* è una tecnica d'intervento che ha l'obiettivo di creare le condizioni per cui la persona, soprattutto anziana, possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore. In generale, *l'Approccio Capacitante* mira alla valorizzazione delle risorse personali tra gli operatori attraverso l'importanza attribuita ai gesti della quotidianità, la condivisione degli obiettivi del gruppo di lavoro e la messa in pratica delle conoscenze acquisite, vagliate sulla base dell'effettività dell'uso di parole e azioni, in una sorta di atteggiamento sperimentale dell'operatore stesso. In questo modo, il formatore si propone di valorizzare la consapevolezza della professionalità di ciascuno.

I punti chiave dei percorsi sono stati i seguenti:

- Competenze già presenti
- Situazioni concrete
- Lavoro di gruppo
- Chiarezza sul metodo: obiettivo, mezzo, "effettività"

- Sperimentazione personale: quello che può essere utile per me
- Organizzazione conoscenze: modello teorico di riferimento.

In un'ottica capacitante, l'"effettività" di un'azione verbale o comportamentale dell'anziano si concretizza nella risposta fornita dall'ambiente a detta azione. L'anziano si accorge che le sue parole provocano degli "effetti", hanno cioè delle conseguenze concrete. I contenuti specifici oggetto delle riflessioni e dei lavori nel gruppo sono stati portati dagli stessi partecipanti. È necessario partire da ciò che viene fatto e che funziona, oppure dalle concrete situazioni di disagio in essere o realmente accadute. I nostri interlocutori sono, infatti, esperti perché possessori di esperienze e conoscenze accumulate durante gli anni di lavoro. Partire da ciò che funziona, è importante per aiutare a capire "l'effettività" delle azioni facendo crescere la consapevolezza nell'operatore che è quasi sempre in grado di scegliere le parole da utilizzare e le modalità di ascolto.

L'ORGANIZZAZIONE

I percorsi si sono ben articolati raggiungendo efficacemente le tipologie di operatori nei settori interessati all'anziano, ma non solo. Si sono aperti, infatti, anche alla partecipazione di altre tipologie di utenti, come ad esempio gli operatori degli 8 Punti Salute, coordinati dai due Distretti e il cui compito è di fornire assistenza infermieristica e sociale nelle vallate. Sono stati predisposti tre percorsi. Il primo, della durata di 12 ore, più specificamente rivolto all'accoglienza, ha avuto una forte diversificazione dei ruoli dei partecipanti. Il secondo, ripetutosi per due edizioni, sempre di 12 ore, era rivolto in prevalenza agli assistenti domiciliari. Nel terzo, rivolto al personale della Casa di Riposo, sono prevalsi gli operatori sanitari-presenti con alcuni infermieri. Il titolo dell'attività formativa è stato sempre lo stesso: "La relazione Accogliente. Una Relazione Capacitante" (Tab. 1).

STRUMENTI UTILIZZATI

La disposizione dei posti a sedere è stata, nei limiti degli ambienti che ci hanno accolto, il più possibile facilitante gli scambi tra i pari e, soprattutto, non si

Tabella 1 - Organizzazione dei percorsi formativi.

	Obiettivo generale	Destinatari	Durata	Committente
Percorso 1	L'operatore è in grado di agire consapevolmente una relazione che faccia sentire l'altro ascoltato e accolto soprattutto quando si tratta di un nuovo ingresso in strutture per anziani.	25 partecipanti; presenza multiprofessionale (coordinatori, responsabili, animatori, psicologi, infermieri)	4 giornate. Incontri di 3 ore per un totale di 12 ore. Dicembre 2014, gennaio 2015	Ambito Socio Assistenziale -IRS SES (Istituto per gli Studi di Servizio Sociali), Ts
Percorso 2	L'operatore è in grado di agire consapevolmente una relazione che faccia sentire l'altro ascoltato e accolto.	Prevalenza di Assistenti domiciliari, altre tipologie ugualmente operanti sul territorio; 25 partecipanti	1ª edizione: marzo-aprile 2015 2ª edizione: maggio 2015	Ambito Socio Assistenziale - Coop. Codess Fvg
Percorso 3	L'operatore è in grado di agire consapevolmente una relazione che faccia sentire l'altro ascoltato e accolto	Personale della Casa di Riposo	4 ore (2 incontri di due ore) per ciascuno di tre piccoli gruppi di OS, circa 12 persone a incontro.	Coop Codess Fvg - Coop. Itaca

sono voluti elementi di discontinuità tra il conduttore e il gruppo. Le sedie erano messe a semicerchio nei gruppi più piccoli e a ferro di cavallo, con qualche doppia fila, nei gruppi più numerosi. Le diapositive sono state usate quasi esclusivamente alla fine degli incontri, per sintetizzare quanto emerso durante il percorso e per riassumere, anche visivamente, gli spunti teorici e le tecniche più importanti dell'*Approccio Capacitante*. La lavagna a fogli mobili è lo strumento immancabile ove poter trascrivere i turni verbali riportati, che solitamente sono il contenuto del lavoro di gruppo, e i pareri, le risposte e i suggerimenti dei presenti. Con i piccoli gruppi di operatori, durante i due incontri di due ore ciascuno, non è stato necessario l'uso del proiettore. Verso la fine si sono distribuiti alcuni fogli con i contenuti teorici emersi: le Competenze Elementari e alcune Tecniche Conversazionali. Grazie alla disponibilità di operatori rappresentanti della committenza, presenti agli incontri, siamo stati in grado di trascrivere quasi tutti gli scambi verbali e i contenuti oggetto di riflessione.

LA MULTIPROFESSIONALITÀ

Con le persone anziane e fragili lavorano molte figure professionali. È conveniente evitare che ognuno proceda in autonomia perché i risultati sono sempre frutto dell'insieme dei diversi interventi di tutti i soggetti coinvolti, sia professionali sia non professionali. L'apprendimento derivante dal confronto fra le pratiche dei vari operatori è fonte di proposte e soluzioni a volte nuove e inedite per almeno una parte dei partecipanti. È preferibile perciò che l'esperienza formativa coinvolga varie figure e sia aperta alla compresenza di soggetti che non hanno solitamente occasione di scambiarsi saperi, esperienze, punti di vista e possibili soluzioni alle situazioni problematiche. La molteplicità di ruoli e compiti, anche amministrativi, permette inoltre lo sviluppo di un linguaggio e un riferimento teorico uniformi nello stesso ambiente di lavoro. Ciò agevola la comunicazione tra interlocutori e favorisce l'uniformità d'intenti e di comprensione delle situazioni complesse.

IL METODO

La formazione degli operatori all'interno di un'istituzione, quando riguarda la relazione personale e la relazione di cura in particolare, è efficace se riesce ad introdurre nel quotidiano modo di operare qualcosa di diverso e utile, un modo di essere e di fare che possa portare a un maggiore benessere della persona assistita e del professionista che cura e si prende cura. La formazione all'*Approccio Capacitante* deve necessariamente essere capacitante, cioè riconoscente delle competenze acquisite e presenti, riconoscente delle capacità degli operatori di trovare strategie utili a superare i momenti difficili e le situazioni di disagio riguardanti i destinatari dei loro interventi, riconoscente della profonda conoscenza del contesto in cui svolgono la loro attività: persone, operatori, funzionamento, punti di forza e fragilità. Di questo contesto, nel quale sono immersi quotidianamente, sono esperti in misura sicuramente maggiore del docente che proviene dall'esterno. È opportuno partire dalle loro esperienze quotidiane, e far emergere dal gruppo le possibili vie d'uscita alle situazioni di disagio espresse e condivise. Un altro modo di riconoscere loro le competenze è di far scegliere, per il lavoro nei sottogruppi, gli scambi verbali tra l'operatore e la persona assistita, oppure tra due interlocutori, riportandoli il più fedelmente possibile. La conversazione usata a tale scopo è privata della comunicazione paraverbale e non verbale, del contesto in cui avviene e delle emozioni e caratteristiche dei parlanti. Al centro dell'attenzione restano solamente le parole scambiate, che sono così valorizzate facilitando anche il riconoscimento, l'uso o la carenza delle tecniche conversazionali proposte dal metodo capacitante. Accade si parli anche del contesto in cui le parole sono immerse, ma la concentrazione è rivolta elettivamente agli scambi verbali. Possiamo dire che i percorsi descritti si propongono, in ultima analisi, di formare operatori capacitanti.

Cosa s'intende, dunque, per operatore capacitante? Quando un operatore può essere definito tale?

L'operatore capacitante non è solo una persona che opera e svolge un proprio compito specifico ma è anche:

- un conversante, al pari dell'ospite, cioè una persona che ascolta e parla e cerca di tenere aperta la conversazione anche in presenza di deficit e disturbi del linguaggio;

- un curante, nel senso che agisce e parla per "curare", cioè per favorire un benessere, una "felicità possibile", utilizzando consapevolmente la parola per ottenere un risultato: l'emergere della parola stessa;
- una "base sicura" per l'ospite.

Secondo l'*Approccio Capacitante*, adulto e anziano si costruiscono una "base sicura allargata" costituita da persone, oggetti, abitudini, luoghi. Questa base sicura va ricostruita quando si entra in residenze assistite, facendo riferimento alle persone che vi lavorano e vi abitano (2).

I RISULTATI

Il giudizio espresso dai partecipanti all'insieme dei tre percorsi della durata di 12 ore ciascuno nei questionari finali è incoraggiante: la corrispondenza tra aspettative e contenuti è molto alta (84%), il coinvolgimento degli operatori risulta favorito dal metodo utilizzato (89%) e i contenuti sono giudicati utili dal 90% dei partecipanti. Gli obiettivi sono stati giudicati raggiunti nel 67% dei questionari e parzialmente raggiunti nel 30%.

ESEMPI

Riportiamo alcune riflessioni emerse durante gli incontri e che forniscono un'idea del clima proficuo e dell'interesse suscitato nei gruppi di partecipanti.

Esempio 1. Dare un nome a quello che facciamo

A conclusione di uno dei percorsi di 12 ore Veronica – una partecipante operatrice sanitaria – consegna uno scritto dicendo che è un esempio di cosa è per lei l'essere capacitante. Lo riportiamo fedelmente.

"La signora Antonia era una contadina e una casalinga. È una persona che ogni giorno, assieme a Paola – una ragazza che usufruisce di una borsa lavoro – pulisce le tavole delle sale da pranzo e raccoglie le stoviglie da lavare. Quando Paola non c'è, ad esempio il sabato e la domenica, il lavoro è svolto da noi operatrici. La signora Antonia spesso, dopo aver portato a termine questi lavori si comporta in modo aggressivo sia verbalmente sia fisicamente. Cammina per il corridoio avanti e indietro. Io cerco

di capire il motivo scatenante dell'ira. Non cerco di bloccare il suo andirivieni per il corridoio ma, standole vicino, parlo con calma e con gentilezza. Le propongo di venire assieme a me a svolgere le attività di cui è capace, ad esempio pulire la cucina, e accetto che lo faccia così com'è capace. La incoraggio e la stimolo, non la giudico se commette errori e mi congratulo con lei di quanto riesce a fare. Il mio scopo è di vederla felice di fare quello che fa. Parlando con lei, ho capito che la sua aggressività è dovuta alla paura che qualcuno le porti via il suo lavoro e con le parole giuste sono in grado di calmarla. Piano piano noto che l'ansia scompare. Ho capito che le persone possono scegliere un'attività per loro significativa ma bisogna creare un ambiente capacitante".

Esempio 2.

Questa riportata è l'ultima esercitazione di uno dei corsi di 12 ore.

È posta la domanda: "Cosa si porta a casa ciascuno di voi da questo percorso?"

Sara: consapevolezza, occhio diverso, sono una buona tecnica. Non correggere, non interrompere.

Serenella: accettare di non riuscire sempre a essere efficace.

Luigina: spesso l'ascolto è molto importante.

Guido: dò un nome a cose che si fanno automaticamente. Ho dato un nome alle mie modalità: Approccio Capacitante!

Lara: ho capito di essere un tecnico perché uso tecniche che hanno un nome.

Renato: sto provando a non continuare le frasi e a fare silenzio.

Marinella: ho imparato a fare silenzio.

Eugenia: ho sentito sul nostro lavoro una "parte", un punto di vista diverso dal mio.

Fausta: trovo queste tecniche dense di umanità.

ALCUNE CONSIDERAZIONI FINALI

La formazione può aggiungere competenza alla prati-

ca quotidiana e aiutare ad affrontare la sensazione di fallimento e impotenza che in alcuni casi la relazione di cura comporta, quando fa emergere l'efficacia di alcune tecniche e favorisce un atteggiamento da sperimentatore nel lavoro quotidiano dei partecipanti. Incrementare la possibilità residua d'interazione tra persona malata e curante è sempre utile al mantenimento della capacità comunicativa e conversazionale dell'interlocutore con fragilità e favorisce l'autopercezione di adeguatezza ed efficacia nell'operatore. Le tecniche conversazionali che mirano a medicare le parole e tener viva la competenza a parlare sono solitamente di grande aiuto nel perseguire lo scopo. Trovare il "come uscirne" in situazione di disagio sostiene, nel professionista, motivazione e autostima e limita lo stress che spesso accompagna questo lavoro. Dalla nostra esperienza ci sembra possibile affermare che la formazione capacitante riesce nel suo intento perché *Capacitante* in primo luogo nei confronti degli stessi operatori, che diventano fornitori non solo dei contenuti da analizzare nelle sessioni del corso, ma anche delle possibili soluzioni e strategie. Questo facilita sicuramente una reciproca conoscenza delle competenze e dei punti di vista e fa superare, a volte, anche qualche pregiudizio tra colleghi o tra diverse figure professionali. Il processo inizia con il riconoscimento di queste competenze e della possibilità di condividere, anche contrattando, quando possibile, le scelte del formatore per la sessione di lavoro *in fieri*. Prosegue con l'offrire e favorire un punto di vista che fornisce nome, peso, significato ed efficacia ad azioni e, soprattutto, parole della quotidianità.

BIBLIOGRAFIA

1. Pennati A. Risolvere problemi dentro e fuori dalle organizzazioni. Una guida al problem solving Metodologico. Franco Angeli, Milano, 2005.
2. Vigorelli P. 5 minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'approccio capacitante. Franco Angeli, Milano, 2012.

SITI DI CONSULTAZIONE

www.gruppoanchise.it

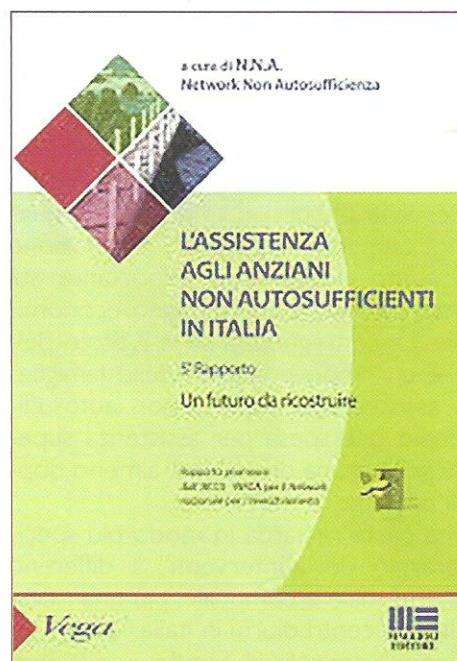
<http://www.satef.eu/>

http://www.ass3.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass3/it/chi_siamo/_docs/carta_dei_servizi.pdf

Network Non Autosufficienza (eds) L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA: 5° rapporto - Un futuro da ricostruire

Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2015

La pubblicazione di questo volume è un avvenimento atteso e significativo per moltissimi operatori e studiosi del settore, che già hanno avuto modo di apprezzare i precedenti "rapporti", ma riveste grande interesse anche per un pubblico più vasto di operatori sociali e culturali. Infatti, come sottolineano Genga e Lattanzio nella prefazione, l'assistenza agli anziani non autosufficienti rappresenta ancora oggi una sfida che la società italiana si trova ad affrontare, anche per il ritardo con cui si è intervenuti o meglio non intervenuti nel riformare il sistema dei servizi pubblici a loro rivolti, a differenza di altri paesi come Francia, Germania e Spagna che sono stati più lungimiranti e hanno previsto vere riforme per garantire anche la sostenibilità di questi servizi. In una realtà di cure per i non autosufficienti scarsamente formalizzate e sostanzialmente frammentate a livello regionale, la disponibilità di dati nazionali che offre questo volume appare veramente preziosa. Questo "futuro da costruire", come recita il sottotitolo, non può non partire dai dati della situazione attuale italiana, in una contingenza storica ancora fortemente condizionata dalla crisi economica. Il volume si articola in tre "parti" e 9 capitoli. Nella prima parte, "La fotografia dell'Italia", attraverso due densi capitoli (La Bussola di NNA) si passano in rassegna i dati regionali sui servizi (domiciliari, residenziali e trasferimenti monetari) e quelli sull'assistenza familiare e privata: il quadro che emerge è quello di una contrazione dei servizi pubblici di cura continua, mentre sono in espansione gli interventi della famiglia e dell'assistenza personale privata. Nella seconda parte (L'eredità della crisi) viene sviluppata un'analisi più interpretativa dello stato attuale dei servizi per i non autosufficienti. I due capitoli



che la costituiscono sono rivolti l'uno alla "pressione" esercitata sui servizi e l'altro alle risorse economiche che le famiglie, anziani stessi compresi, dedicano per l'assistenza agli anziani. Il primo capitolo si pone l'obiettivo di analizzare l'attuale inadeguatezza del sistema dei servizi nel sostegno alla non autosufficienza, restringendo l'analisi al *gap* che si è creato fra bisogni e risorse. I dati riportati, ampi e numerosi, confermano una tendenza già messa in luce nel 4° rapporto, cioè il ridursi progressivo sia delle coperture fornite dai servizi sia dei trasferimenti economici. Questa tendenza al ribasso riguarda un po' tutti gli interventi pubblici che vengono poi analizzati in

modo specifico. Tuttavia colpisce la tabella riassuntiva (Tab. 3.1 pagina 59) commentata da Cristiano Gori in questo numero della rivista: le conseguenze di questa situazione sono ampie e articolate e di grande interesse per saper interpretare i vari fenomeni, in gran parte negativi, che si stanno verificando nel nostro paese. Eccone alcuni di quelli analizzati nel capitolo: maggior gravità media dell'utenza con aumento di costi e di difficoltà gestionali per gli erogatori, aumento degli oneri a carico degli utenti, rifamizzazione delle cure, interruzione dei percorsi di promozione dei miglioramenti nei servizi, riduzione dei servizi di informazione e orientamento, aumento dell'utilizzo improprio dei servizi. Visto il punto basso che si è così raggiunto, un recupero di visione meno pessimistica viene dalla parte conclusiva del capitolo, dedicato appunto al "ricostruire il futuro". Si riportano le conclusioni dopo interviste con esperti, sulla nuova progettualità in atto, che segue la linea di riarticolare la rete d'offerta e di allargare il perimetro degli interventi pubblici. È evidente che questo squilibrio fra aumento dei bisogni e riduzione dell'offerta ha avuto un impatto importante sul ruolo della cura informale e sull'impegno economico delle famiglie. La conseguenza, ed è il titolo dell'altro capitolo, è un "impoverimento delle famiglie" che hanno da assistere un anziano non autosufficiente: ad esempio una spesa per assistenza superiore al 15-20% genera una probabilità almeno doppia di rischio di povertà.

La terza e ultima parte riguarda in modo più specifico il "monitoraggio degli interventi" a differenti livelli: nazionale, regionale e comunale, più una riflessione ricca di dati sui centri diurni in Italia. Per il livello nazionale viene esaminato il Fondo per la non autosufficienza, il piano Nazionale Demenze e la mancata approvazione dei nuovi LEA. Si tratta di una trattazione informativa ma anche molto critica su questi punti: il Fondo per le note fluttuazioni subite negli anni scorsi quando venne anche azzerato, il Piano Demenze per la mancanza di tutta la parte attuativa, mentre i nuovi LEA che dovevano essere introdotti entro il Dicembre 2014 sono stati proposti dal ministro a Febbraio 2015. Ora sono fermi per l'opposizione delle regioni che, alla luce dei tagli ultimi, temono di non poter far fronte al maggior onere economico (stimato in 900 milioni) che l'applicazione dei nuovi LEA comporterebbe.

Rispetto al quadro nazionale, la situazione regionale

non appare dissimile. Vi è una sostanziale riduzione dell'intervento delle indennità di accompagnamento, con una maggior polarizzazione rispetto al 2010 delle differenze fra regioni del Centro-Nord e del Centro-Sud del paese. L'utilizzo dei servizi domiciliari sanitari (ADI) risulta con trend diversi fra le regioni del Sud, dove sono in crescita e quelli del Centro-Nord dove sono stabili o in riduzione, per cui la variabilità di copertura ADI fra le regioni è in diminuzione, pur permanendo regioni lontane dal dato medio nazionale (nel 2012: nazionale 4,3%; Emilia Romagna 11,8%; Puglia 2,2%), mentre i servizi residenziali di ricovero sono in diminuzione ovunque ma con un aumento delle differenze fra le regioni. La lettura del dato ADI va interpretato alla luce anche della "intensità" del servizio, cioè del tempo di assistenza messo a disposizione di ciascun utente, per cui si possono individuare regioni con più ampie coperture e minor intensità e viceversa. Il dato viene rivisto in modo analitico all'interno delle regioni del Centro-Nord, di cui si esaminano anche le tendenze in atto riguardanti gli assegni di cura e la regolazione del mercato privato della cura. Particolarmente innovativi e interessanti gli interventi attuati in Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, anche se complessivamente il loro livello di espansione è stato assai contenuto con anche qui recenti fenomeni "regressivi" di minor disponibilità di accesso alle risorse regionali. Complessivamente, però, la spesa delle regioni per gli anziani non autosufficienti risulta aumentata, anche se tale aumento ha riguardato più i servizi domiciliari che quelli residenziali (interessante anche nell'ultima parte del capitolo le modalità con cui le regioni si sono procurate queste maggiori risorse). I servizi comunali sono analizzati nel penultimo capitolo, facendo un bilancio di ciò che è effettivamente affidato ai comuni e agli ambiti intercomunali, con le note criticità legate alle enormi differenze di dimensione fra comune e comune e la difficoltà di avviare associazioni intercomunali. I dati ISTAT riportati mostrano come la spesa comunale sia in diminuzione (ad esempio è inferiore di 53 milioni nel 2012 rispetto al 2011). Il capitolo finale rappresenta la prima analisi nazionale sulla numerosità, composizione e attività dei centri diurni per anziani che vi vengono descritti con ricchezza di dati riguardanti anche il personale e la spesa: una fonte preziosa e unica nella letteratura specifica in Italia. A conclusione si può dire che il rapporto dà un con-

tributo efficacissimo alla comprensione dello stato dei servizi per i non autosufficienti in Italia, individuando anche i *trend* temporali che possono aiutare a comprendere meglio quello che sta accadendo. Un quadro in cui con una certa attenzione gli Autori hanno cercato di individuare non solo gli evidenti aspetti negativi del periodo di crisi, ma anche i più nascosti aspetti positivi della riorganizzazione dei

servizi, per far fronte alle difficoltà senza diminuire la tutela delle persone non autosufficienti. Ne esce quindi una visione insieme analitica e sintetica che ha anche il grande merito di non essere un quadro statico, ma di dare una visione dinamica dell'attuale situazione dei servizi in Italia, per aiutare a guardare ad un "futuro da ricostruire".

Antonio Guaita

INDICE

Parte prima

La fotografia dell'Italia

1. La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati
2. L'altra bussola: le strategie di sostegno familiare e privato

Parte seconda

L'eredità della crisi

3. La rete dei servizi sotto pressione
4. Non autosufficienza e impoverimento

Parte terza

Il monitoraggio degli interventi

5. Lo Stato: le politiche nazionali
6. Le Regioni: le tendenze in atto
7. Le Regioni: un approfondimento sul Centro-Nord
8. I Comuni: interventi e nuove forme istituzionali
9. Focus: I centri diurni

http://www.maggioli.it/rna/2015/pdf/V-rapporto-assistenza_anziani.pdf