

Una ridefinizione operativa dei servizi sanitari per gli anziani

Marco Trabucchi, Ermellina Zanetti
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia e Università di Roma Tor Vergata

Il nostro sistema sanitario paga le conseguenze di “miti” che periodicamente si ripropongono anche quando non hanno alcun fondamento razionale, cioè non rispondono ad un bisogno oggettivo o sono basati su un’offerta non qualificata. Non si tratta di un fenomeno isolato, perchè è ben diffuso nella società contemporanea il vizio di seguire acriticamente questa o quella idea o modello (da taluno chiamati mode).

Uno dei miti più largamente seguiti è quello della riabilitazione. A questo termine, che pure ha una propria specificità ed una chiara connotazione, si è data negli anni più recenti un’interpretazione estensiva, fino a comprendere ogni atto sanitario che non sia quello acuto. Da un certo punto di vista è profondamente corretto pensare che tutti gli atti sanitari debbano essere caratterizzati da un atteggiamento mirante a garantire al paziente il recupero o il mantenimento del massimo livello di autonomia. Dove però sono sorti equivoci è rispetto al rapporto tra l’esigenza di garantire al massimo l’autonomia della persona e l’organizzazione di un servizio e delle sue articolazioni operative. In questa sede ovviamente non ci occupiamo di aspetti formali (o di interesse categoriale), cioè a chi debba essere attribuita la responsabilità gestionale degli specifici servizi, ma dei contenuti sanitari e dell’organizzazione complessiva di quest’area.

L’incertezza semantica provoca ricadute negative soprattutto nell’area degli anziani, dove viene compreso nel termine riabilitazione un insieme di servizi che dovrebbero essere molto articolati. Il rischio che si intravede è l’incapacità di distinguere correttamente i vari livelli di bisogno e quindi di non essere in grado come sistema sanitario-assistenziale di dare risposte altrettanto articolate. La confusione ha raggiunto livelli gravi nell’ultimo periodo, quando l’esigenza di ridurre i posti letto ospedalieri ha messo in moto provvedimenti per trasformare gli stessi in letti di “riabilitazione”, senza conoscere bene la strada da seguire, ma indirizzati soltanto dal “must del risparmio”. Vi è chi ha proposto la trasformazione di posti letto per acuti in letti di riabilitazione ospedaliera, o in letti di lungodegenza riabilitativa, oppure (in sede extraospedaliera) in letti collocati in istituti di riabilitazione ex art. 26 o in RSA (secondo interpretazioni le più diverse del termine).

Questo articolo si propone una ridefinizione dei vari livelli di servizi per anziani, al fine di costruire un linguaggio comune (impresa non facile nella babele delle proposte con il vizio tutto nostrano di reinventare ogni volta cose nuove senza rispettare l’esperienza e la storia!) e quindi di identificare risposte uguali per bisogni uguali (evitando che per gli effetti perversi della semantica e dell’innovazione *sine materia* si arrivi a proporre soluzioni che non hanno realisticamente la possibilità di un futuro). Sarebbe importante se attorno a queste tematiche si sviluppasse un dibattito su *Tendenze*, per contribuire ad un reale progresso del comparto, caratterizzato da un processo di deospedalizzazione condotto con chiarezza di idee e certezza di risultati.

Alcune caratteristiche di fondo

Prima di prendere schematicamente in considerazione i vari livelli di intervento è opportuno -altrettanto schematicamente- dare un’indicazione complessiva delle caratteristiche che devono accompagnare i servizi per l’anziano nell’ampio comparto del “post-acuto”.

1. Non devono essere servizi di “seconda categoria”. Si è utilizzata questa definizione generica e grossolana per far comprendere come nella trasformazione dei posti letto dettata da motivazioni prevalentemente economiche rischi di essere trascurata l’esigenza di realizzare un progetto caratterizzato da procedure e da risultati attesi ben definiti. Si richiede quindi un preciso impegno degli operatori attorno ad ogni progetto: ciò è però in contrasto con quanto avviene frequentemente, cioè il passaggio verso i nuovi servizi vissuto da medici e infermieri come un declassamento, che non richiede alcun impegno in senso riqualificativo.

2. Devono essere servizi con un profilo funzionale in grado di giustificare l’esistenza. Onde evitare sprechi ed abusi è necessario che siano chiaramente collocati nella rete. In particolare i tre ambiti (ospedaliero, sanitario extraospedaliero, socio-sanitario) devono rispettare caratteristiche di fondo in base al bisogno clinico, all’organizzazione del servizio e alla partecipazione alla spesa da parte dell’utente. Pur senza rigidità dirigistiche, il mancato rispetto di ambiti e collocazioni può essere fonte di inefficacia dell’atto clinico, di frustrazioni degli operatori che non comprendono appieno il proprio compito, e di valutazioni negative da parte dell’utente, che non trova risposta alle proprie attese di salute. Questo atteggiamento programmatico deve essere assunto come metodo da chi ha responsabilità decisionali; troppo spesso gli attori pubblici, privati o semipubblici sono guidati da buona volontà, ma da scarsa chiarezza su come deve essere caratterizzato un servizio per pazienti post-acuti.

3. Dai due punti precedentemente descritti consegue l’esigenza di un forte controllo della qualità nei servizi sanitari di quest’area, che è stata tradizionalmente caratterizzata da autoreferenzialità e dall’atteggiamento “qualsiasi cosa è meglio di nulla”. Come ripetutamente affermato, la qualità non può essere espressa soltanto in termini procedurali, ma si fonda sulla dimostrazione del raggiungimento degli obiettivi di salute. La stessa definizione degli outcome non è però sempre facile e richiede la capacità di superare il modello culturale della medicina per acuti. La cronicità e la non autosufficienza hanno storie naturali del tutto peculiari, che è necessario conoscere a fondo per proporre obiettivi raggiungibili. In quest’ambito si colloca l’enorme variabilità della condizione clinica dell’anziano che va dalla patologia multipla con relativamente modesta influenza sulla funzione, a malattie variamente associate

con forte impatto sull'autonomia, a condizioni di grave fragilità. A fonte di queste realtà, che si declinano in mille diversi quadri clinici, non vi è ancora da parte della medicina una adeguata serie di proposte terapeutico-riabilitative e dei relativi modelli organizzativi. Ciò rende il lavoro programmatico particolarmente delicato; non vi è però nessuna scusante per interventi sconsiderati e falsamente innovativi, che non tengono in conto quanto è già stato elaborato e sperimentato. Anche l'autonomia propositiva delle Regioni non può porsi all'esterno delle conoscenze acquisite, identificando con attenzione i confini tra la difesa di modelli specifici e il rischio di sperimentazioni prive di significato.

4. Strettamente collegato al problema della qualità vi è quello delle tariffe; infatti vigono ancora regole primitive e indifferenziate, sia in ospedale che fuori, che non rapportano la remunerazione con la complessità della patologia e con i possibili risultati. Ciò è spesso fonte d'ingiustizie, sia verso i pazienti sia verso il gestore del servizio. E' quindi necessario un forte impegno di studio e di ricerca per definire tariffe il più possibile confrontabili con i costi reali, dei quali deve essere verificata la congruità con la complessità e la durata dei trattamenti. Anche per la componente delle tariffe non ascrivibile al fondo sanitario (in particolare per le RSA) è necessario prevedere una corrispondenza rispetto ad alcuni standard qualitativi, uscendo dall'attuale confusione talvolta caratterizzata da motivazioni clientelari.

5. Non si può infine trascurare la formazione continua degli operatori a tutti i livelli, come strumento indispensabile per garantire servizi adeguati. E' impressionante constatare come per medici, infermieri e operatori socio-assistenziali non siano previsti curricula formativi specifici per il lavoro nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie rivolte all'anziano e tantomeno siano obbligatori spazi di formazione continua. Questo aspetto è il riflesso della sopraindicata incertezza sui modelli operativi, per cui non sembra necessario che gli operatori devono seguire un certo itinerario per raggiungere specifici obiettivi.

La rete dei servizi per gli anziani: l'articolazione dell'offerta

La necessità di identificare nuove priorità e di ripensare l'offerta in modo che sia più efficace e meno dispendiosa comprende non solo gli interventi che hanno come obiettivo la cura delle malattie, ma anche tutti quelli di carattere assistenziale rivolti ai soggetti la cui condizione di fragilità è caratterizzata da una lunga durata e da una progressiva comparsa di maggiore disabilità. In particolare, per gli anziani, esigenze sia etiche sia economiche hanno determinato l'individuazione di scelte alternative al ricovero in ospedale e in istituzione che permettono il mantenimento al domicilio. Ne è scaturita una nuova concettualizzazione del sistema di garanzia della salute come rete dei servizi, dove le componenti sociali e sanitarie della cura sono strettamente collegate. Questa è la filosofia che sostiene il Progetto Obiettivo Anziani (POA), parte integrante del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, il quale delinea in maniera organica l'assistenza agli anziani non autosufficienti, parzialmente autosufficienti e a quelli con pluripatologie ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo agli ultrasessantacinquenni.

Il POA individua nel modello a rete dei servizi -ovvero un circuito assistenziale che accompagna l'evolversi dei bisogni dell'anziano e della sua famiglia fornendo di volta in volta interventi diversificati, ma in un continuum assistenziale- il presupposto fondamentale, unitamente all'integrazione sociale e sanitaria, per garantire un'assistenza continua, globale e flessibile. Fra le strutture preposte all'assistenza all'anziano e individuate dal POA alcune erano realtà consolidate in tutte le Regioni del nostro Paese, altre, con particolare riferimento ai servizi territoriali ed extraospedalieri (ADI e RSA) rappresentavano una novità e a tutt'oggi non sono ancora uniformemente presenti su tutto il territorio nazionale. Qualcuno ritiene che il POA sia un "libro dei sogni"; purtroppo per alcune aree del paese e per specifici segmenti della rete questo è vero. Però costituisce un punto di riferimento generale che non dovrebbe essere dimenticato nell'articolazione di un'offerta razionale.

Unità di Valutazione Geriatrica

L'UVG -utilizzando la metodologia della valutazione multidimensionale, alla quale dovrebbero corrispondere precisi sistemi di classificazione dei pazienti- definisce il percorso assistenziale di ogni singolo soggetto e la sua collocazione ottimale all'interno della rete. L'UVG è strutturalmente collocata nell'azienda ospedaliera o in una delle sedi distrettuali dell'azienda sanitaria. In entrambi i casi i compiti principali dell'UVG, che si avvale di un nucleo composto dal medico geriatra, dall'infermiere e dall'assistente sociale, con la consulenza di operatori che appartengono a tutte le discipline specialistiche, sono riconducibili a: a) valutazione dei problemi clinici, assistenziali e sociali e loro impatto sull'autonomia; b) definizione del percorso terapeutico, assistenziale, riabilitativo; c) collocazione ottimale all'interno della rete dei servizi.

Gli studi condotti a livello internazionale per valutare l'effettiva validità dell'UVG hanno dimostrato una maggiore accuratezza diagnostica, una riduzione nell'uso di farmaci, una minore istituzionalizzazione, il miglioramento delle condizioni funzionali e una minore mortalità. Inoltre alcuni studi controllati hanno dimostrato che i soggetti sottoposti a programmi geriatrici mantengono nel tempo i risultati conseguiti. Gli anziani che traggono maggiore beneficio dagli interventi condotti dall'UVG sono quelli a rischio di istituzionalizzazione, con condizioni socio-economiche più sfavorevoli e con un'inadeguata assistenza sanitaria di base. L'efficacia maggiore è ottenuta dagli interventi che fanno seguire alla valutazione la realizzazione del piano di intervento definito e il controllo nel tempo. L'attribuzione all'UVG di funzioni cliniche di case management rappresenta il presupposto fondamentale alla sua efficacia; purtroppo però nella realtà italiana rivestono invece solo la funzione burocratica di allocare gli anziani nei vari servizi, senza una reale responsabilità di gestione continuativa del caso.

Assistenza domiciliare

L'Assistenza Domiciliare (AD)

In alcune regioni italiane l'AD prende avvio negli anni 70 ad opera dei comuni, che per rispondere ai bisogni di salute e sociali dei cittadini, per lo più anziani, attivano un servizio che eroga principalmente prestazioni infermieristiche, di cura della persona e del suo ambiente. Con la legge di Riforma 833 del 1978 e l'avvento delle USL, l'AD diviene un servizio Distrettuale del servizio di medicina di base, che in talune realtà sostituisce il servizio erogato dai comuni (anche per effetto dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 che hanno definito l'evoluzione in

termini aziendalistici e di autonomia organizzativa ed istituzionale dei servizi sanitari accompagnata da un corrispondente trasferimento di risorse dal comune alla USL), in altre si affianca ad esso. Le finalità del servizio rimangono le stesse, cioè l'erogazione al domicilio di prestazioni infermieristiche e mediche per soggetti che, a causa di disabilità, non possono recarsi presso gli ambulatori del medico di base e del distretto e interventi dell'assistente domiciliare per la cura della persona o della casa.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'ADI è caratterizzata dall'azione integrata e coordinata di operatori sanitari e sociali, al fine di contenere le disabilità, migliorare lo stato di benessere, ridurre i ricoveri ospedalieri e rendere possibile una più precoce dimissione dall'ospedale.

L'ADI è un servizio distrettuale dell'Azienda sanitaria locale e si avvale del medico di medicina generale che ha in carico l'assistito, dell'infermiere, del fisioterapista, dell'assistente sociale e dell'operatore socio-assistenziale che costituiscono il gruppo di lavoro, cui si affiancano gli esperti di volta in volta necessari. L'UVG valuta i requisiti di ammissione in ADI, in particolare la presenza di un elevato rischio di perdita dell'autosufficienza e la necessità continuativa di assistenza, attraverso gli strumenti di valutazione multidimensionale. Il gruppo di lavoro definisce poi, attraverso ulteriori valutazioni, il piano assistenziale, gli obiettivi dell'intervento e il numero di accessi al domicilio di ciascun operatore coinvolto nella realizzazione del piano. L'utilizzo di uno strumento quale la cartella integrata per la raccolta delle informazioni e la definizione dell'intervento e l'identificazione fra gli operatori di un coordinatore del caso (case manager) sono fortemente raccomandabili.

L'efficacia del servizio è condizionata dalla possibilità di renderlo operativo per tutti i giorni dell'anno, 24 ore al giorno, utilizzando per le ore notturne la reperibilità telefonica. L'utilizzo della telemedicina (per ora circoscritto a poche Regioni) può facilitare il lavoro degli operatori, razionalizzare i tempi degli interventi e rendere più sicuro l'anziano al domicilio. Le applicazioni più utilizzate sono il telesoccorso e il telecontrollo, ma gli attuali sviluppi della telematica possono rendere realizzabile anche il monitoraggio della sicurezza delle abitazioni e la fornitura all'utente di informazione di carattere generale sui servizi e la prenotazione di visite o interventi di manutenzione all'abitazione senza doversi muovere da casa.

Nel primo studio italiano multicentrico sull'ADI, condotto con un modello sperimentale simile a quello che si utilizza per la dimostrazione di efficacia di un farmaco, si è dimostrato che l'ADI ha effetti positivi sulla cura e gestione degli anziani disabili, che nello studio erano rappresentati da soggetti molto anziani e in critiche condizioni di salute; in particolare si è dimostrata una riduzione del decadimento funzionale e cognitivo ed effetti positivi sul tono dell'umore e sulla percezione soggettiva della salute. Per quanto riguarda il controllo dei costi, sono stati pubblicati i risultati positivi di studi di costo-efficacia; la riduzione dei ricoveri in RSA e in ospedale ne è in parte la spiegazione. Attualmente in Italia il servizio ADI è attivo solo in alcune Aziende sanitarie, anche a causa dell'inesistenza di precise indicazioni omogenee e valide per tutte le regioni; il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 individua nell'ADI lo strumento per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi socio-sanitari e una strategia per rafforzare la tutela dei soggetti deboli. L'attuale tendenza degli ospedali a dimettere precocemente renderà sempre più necessaria la presenza sul territorio di servizi che sappiano farsi carico di pazienti in una fase ancora instabile da un punto di vista medico, assistenziale e riabilitativo. L'ADI può rappresentare una soluzione ottimale, in particolare se esiste una collaborazione con l'ospedale (o gli ospedali) di riferimento, che si concretizza con un efficace passaggio di informazioni, un canale preferenziale per l'accesso all'ADI degli anziani dimessi e bisognosi di cure e la possibilità di utilizzare strumenti di pratica clinica (Linee guida e protocolli) condivisi dalle diverse équipe. L'utilizzo di questi strumenti riduce le incertezze e la discrezionalità degli operatori, razionalizza l'utilizzo di risorse e, con un'opportuna formazione, rende più agevoli le decisioni del personale infermieristico, spesso chiamato a rispondere a situazioni critiche in assenza del medico.

Spedalizzazione Domiciliare (SD)

Per SD (chiamata anche in alcune regioni Spedalizzazione Territoriale) si intende l'effettuazione, nel luogo di vita dell'assistito, dei principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente fruiti in ospedale, eventualmente integrati, per prestazioni particolari, da una breve presenza nella struttura sanitaria con accesso e trasporto programmati e facilitati.

L'esperienza italiana più nota è quella realizzata a Torino presso la Divisione Universitaria di geriatria dal 1985. Da una disamina dei dati, prodotti anche da una più recente sperimentazione nella città di Milano, si evince che la SD ricalca gli obiettivi e i risultati dell'ADI e non sostituisce, per ovvi motivi, il ricovero ospedaliero. Questo è indispensabile quando la criticità del paziente impone cure intensive non gestibili al domicilio, sia perché si richiedono interventi di diagnostica, sia perché è necessaria la presenza costante dei sanitari, motivata da una possibile rapida e mutevole evoluzione del quadro clinico che comporta scelte terapeutiche immediate. Inoltre, condizioni irrinunciabili per l'attivazione della SD sono la presenza dei familiari e l'esistenza di sufficienti garanzie per il mantenimento nell'ambiente domestico dei livelli di cura ospedalieri: condizioni, soprattutto quest'ultima, di non facile riscontro.

Case di Riposo, Case Albergo, Comunità alloggio

Le case di riposo o case albergo oggi non trovano più la loro ragione d'essere per le mutate condizioni della domanda: sono infatti la perdita di autonomia e le patologie altamente invalidanti le principali cause di richiesta di istituzionalizzazione. Queste possono trovare risposta solo in un servizio che coniuga alla residenzialità, e ad un servizio alberghiero accettabile, una competenza clinica resa possibile dalla presenza in numero adeguato di medici, infermieri e terapisti della riabilitazione, oltre al personale ausiliario.

Le Comunità alloggio o alloggi protetti possono rappresentare una soluzione ottimale per le situazioni che a causa di problemi sociali o sanitari rendono difficile il mantenimento al domicilio dell'anziano, anche se già preso in cura dal servizio ADI. Infatti, la solitudine rappresenta spesso una condizione che determina l'istituzionalizzazione anche con una disabilità non particolarmente severa. La possibilità di fruire di alloggi protetti, nei quali si realizza

costantemente un controllo diretto e indiretto dell'assistito, può rappresentare una valida soluzione. Queste strutture possono configurarsi con l'abitazione storica del soggetto preso in carico dal servizio ADI che attiva, utilizzando anche i sistemi telematici, una monitoraggio dell'assistito. In altri casi per alloggio protetto si intende una serie di unità abitative contigue, appositamente realizzate secondo criteri di fruibilità degli spazi ed elevata sicurezza ambientale, ove esiste un servizio di portineria con personale formato per utilizzare i sistemi di controllo e con un canale preferenziale di attivazione dell'intervento degli operatori del servizio ADI. La sede del servizio ADI potrebbe essere all'interno del nucleo di alloggi protetti o nelle immediate vicinanze, elevando maggiormente i livelli di sicurezza.

Le due tipologie di alloggi protetti possono anche costituire due modalità di intervento in risposta a bisogni di diversa intensità, ampliando la gamma dell'offerta dei servizi territoriali.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Si definisce RSA una struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti. L'individuazione della RSA, come struttura preposta alla cura degli anziani che richiedono trattamenti continui non realizzabili al domicilio, contenute nell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, rappresenta un importante cambiamento culturale: al vecchio concetto di ricovero-cronicario si è sostituito il concetto di residenza, ulteriormente indicato e definito nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989 che indica i criteri fondamentali a cui deve ispirarsi la realizzazione e l'organizzazione della residenza (qui per la prima volta è fatto riferimento al nucleo abitativo come modalità per realizzare la residenzialità, adeguando l'offerta di servizi sociali, assistenziali e sanitari ai reali bisogni degli assistiti).

Il POA sottolinea che si tratta di una struttura propria del Servizio sanitario, operante in collegamento con una o più unità ospedaliere e non dotata di organici medici autonomi. Le linee Guida sulle RSA emanate nel 1994 ribadiscono sostanzialmente i concetti espressi dal DPCM del 22 dicembre 1988.

La struttura e l'organizzazione gestionale della RSA sono finalizzate a soddisfare il fabbisogno assistenziale, sanitario e sociale, delle persone ospitate: anziani non autosufficienti per i quali siano comprovate da una parte la mancanza di supporto familiare, indispensabile per l'attuazione degli interventi di assistenza domiciliare integrata e, dall'altra, l'assenza di patologie tali da richiedere il ricovero ospedaliero. Gran parte degli ospiti della RSA presenta una pluralità di problemi (sanitari, comportamentali, ambientali, psicologici, sociali, economici) più o meno stabilizzati che vanno affrontati e risolti stabilendone di volta in volta le priorità.

Pur non essendo esplicitata in modo dettagliato in alcun documento legislativo, è possibile attribuire alle RSA una funzione assistenziale (attraverso ricoveri temporanei o illimitati) con l'obiettivo: a) di ottenere il massimo recupero funzionale fino al reinserimento del paziente nel proprio contesto abitativo e familiare; b) di contrastare, per quanto possibile, la caduta ad un grado di disabilità sempre maggiore quando non vi siano margini di recupero; c) di impedire l'emarginazione e l'isolamento e favorire il mantenimento delle relazioni interpersonali con i familiari, le persone significative, il personale di assistenza.

L'obiettivo prioritario della RSA deve essere il raggiungimento del miglior livello possibile di qualità della vita dell'ospite. Ciò si realizza attraverso un'organizzazione flessibile, in grado di rispondere alla diversa tipologia ed intensità dei bisogni, utilizzando protocolli operativi basati sulla globalità e interdisciplinarietà degli interventi e sulla riattivazione dell'ospite. La RSA va pertanto progettata e organizzata in modo da evitare che ai danni provocati dalla disabilità possano sommarsi i possibili danni dell'istituzionalizzazione.

Esistono notevoli diversità di interpretazione da regione a regione sul ruolo e gli obiettivi della RSA e, conseguentemente, della sua organizzazione; in particolare la Regione Lombardia realizza un intervento con una forte connotazione sanitaria, utilizzando personale medico proprio in regime di convenzione, a differenza della Regione Veneto, dove la RSA sostanzialmente è una casa di riposo, con una notevole accentuazione delle caratteristiche di residenzialità e integrazione con il territorio e un orientamento degli interventi sul versante sociale. La Regione Emilia Romagna riunisce sotto la dicitura RSA più servizi: dalla lungodegenza riabilitativa, alla casa di riposo, alla RSA.

Alcune RSA inoltre offrono servizi anche alla popolazione anziana residente sul territorio: Centro Diurno Integrato, Servizio di Riabilitazione, fornitura di pasti caldi al domicilio, ricoveri temporanei, gestione e organizzazione del servizio di ADI. Ciò se da un lato realizza l'integrazione con il territorio, uno dei requisiti propri delle RSA indicato nel DPCM 22 dicembre 1989, dall'altro porta ad una più economica gestione dei costi.

Per ipotizzare possibili scenari futuri della RSA, che unitamente all'ADI rappresenta uno dei punti di forza nella rete dei servizi agli anziani, è necessario un richiamo alle attuali tendenze demografiche che vedono nei prossimi anni una notevole espansione della quota di popolazione ultrasessantacinquenne affetta da disabilità. Lo studio longitudinale sull'invecchiamento del CNR ha dimostrato che nella popolazione degli ultrasessantacinquenni ogni quinquennio è caratterizzato da un significativo aumento del fenomeno della polipatologia e che dai 65-69 anni agli 80-84 la percentuale di perdita di due o più funzioni della vita quotidiana (ADL) aumenta di 6-7 volte, cioè in maniera più incisiva rispetto all'aumento del numero delle malattie nelle stesse classi di età.

Inoltre si prevede per i prossimi anni un'ulteriore riduzione del ruolo della famiglia come fornitrice di cure, a causa sia dell'aumento delle famiglie con un solo figlio, sia dell'incremento della speranza di vita che determinerà una composizione del nucleo con genitori molto vecchi (in particolare donne) e figli anziani.

E' pertanto ipotizzabile un costante aumento delle richieste di istituzionalizzazione, soprattutto da parte di anziani con gravi disabilità e senza validi supporti familiari tali da consentire la loro permanenza al domicilio assistiti dall'ADI. In quest'ottica è opportuno prevedere alcuni posti letto ad alto turnover con funzione di "respite" per persone clinicamente fragili che però possono continuare a vivere nel proprio domicilio purchè forniti di adeguati supporti formali (la possibilità di periodi "di riposo" per la famiglia costituisce un momento fondamentale in questa prospettiva).

La positiva sperimentazione dei Nuclei Alzheimer della Regione Lombardia impone anche alcune riflessioni sull'opportunità di individuare all'interno delle RSA nuclei specialistici per la cura di soggetti anziani affetti da

problemi le cui caratteristiche condizionano in maniera preponderante l'organizzazione dell'assistenza. In particolare si possono ipotizzare nuclei per ospiti che necessitano di trattamenti sanitari particolari, quali la nutrizione parenterale, la dialisi peritoneale, i trattamenti oncologici e per i soggetti affetti da sindrome apallica (oltre che per dementi). I nuclei specialistici potrebbero essere realizzati in alcune RSA prevedendo, limitatamente al problema trattato, un bacino di utenza più ampio. Questa specializzazione richiede una specifica formazione degli operatori ed un'adeguata remunerazione da parte del fondo sanitario; cioè apre una problematica non conclusa sulla quota della tariffa che deve (o non deve) essere pagata dal paziente o dalla sua famiglia.

Si rende inoltre indispensabile un collegamento funzionale delle RSA presenti all'interno di una stessa azienda sanitaria o ubicate nello stesso comprensorio comunale, sia per la gestione delle liste di attesa che per la condivisione di strumenti, procedure assistenziali, protocolli di ricerca, formazione e aggiornamento del personale.

Ospedale per acuti: divisioni generali e divisioni geriatriche

Dalla trasformazione rapidissima di questi ultimi anni è emerso un ruolo dell'ospedale completamente diverso dal passato, anche recente. L'applicazione del sistema DRG è solo un epifenomeno delle modificazioni avvenute, palesatesi come fine dell'hospitalitas, cioè del tempo nel quale l'ospedale fungeva da luogo di permanenza per ogni persona in condizioni di disagio. Caratteristica fondamentale della trasformazione è la specializzazione dei compiti dell'ospedale verso le procedure chirurgiche e verso le altre tecnologie strumentali. Questa situazione non è ovviamente estesa a tutti gli ospedali, perché è difficile superare la deriva del passato; le strutture più moderne in Italia e nel mondo seguono però la tendenza e il fenomeno si va allargando. Oggi in molti paesi vi è una maggiore chiarezza nella visione strategica, che tende a riequilibrare i vari poli del sistema sanitario; in Italia però questo riequilibrio non è ancora avvenuto e ci troviamo al centro di una "crisi" difficilmente gestibile se non si accetta di rompere i tradizionali sistemi di pensiero e di potere. In questa trasformazione sono coinvolte anche le divisioni di medicina generale e di geriatria alle quali afferiscono soggetti anziani con malattie acute in atto o con un quadro clinico che necessita di una accurata diagnosi e impostazione terapeutica. La possibilità di contenere la durata della degenza media e di garantire l'efficacia degli interventi risiede in una capacità clinica che sappia coniugare l'intensività e la ricerca di outcome clinici rilevanti con la continua attenzione ai rischi dell'ospedalizzazione. A questo fine è necessario disporre nella rete dei servizi di istituzioni sanitarie extraospedaliere, in grado di fornire un'assistenza qualificata sul piano delle procedure, anche se a bassa tecnologia strumentale. Negli ultimi tempi si è molto discusso di "country hospital" come strutture intermedie innovative; la scarsa elaborazione dei progetti e la confusione di alcuni modelli impediscono però di trarre conclusioni definitive (vale quanto detto in premessa sui rischi di nuovi servizi non sufficientemente "meditati"). In questa prospettiva si rende necessaria anche una riqualificazione dei servizi di riabilitazione intra ed extraospedalieri e una loro precisa collocazione nella rete, sia in termini di funzione che di risultato.

Servizi di riabilitazione

Le Linee Guida per la Riabilitazione del 1998 rappresentano un punto di riferimento di grande rilievo per l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione. Il documento articola l'intervento riabilitativo in quattro fasi di prevenzione, di riabilitazione intensiva, di riabilitazione estensiva o intermedia e di mantenimento.

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono erogati presso i presidi ospedalieri ove sono già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale o nei quali sia costituita una specifica unità operativa anche a carattere specialistico (neurologica, cardiologica, ortopedica, respiratoria, neuropsichiatrica). Gli interventi, caratterizzati da una tutela medica specialistica riabilitativa (almeno tre ore die di terapia specifica) ed interventi di nursing ad elevata specificità, possono essere erogati in regime di ricovero o di day hospital. Come discusso più avanti, la collocazione ed il ruolo di questo reparto può essere molto diversa a seconda dell'interpretazione che viene data delle procedure riabilitative.

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono invece caratterizzati da un moderato impegno terapeutico e da un elevato supporto assistenziale (da una a tre ore die) e possono essere erogati, secondo le Linee Guida, in strutture ospedaliere di lungadegenza, in ambulatori di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri, in RSA, nei presidi di riabilitazione extraospedalieri, in strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale e al domicilio.

Il potenziamento di strutture alternative al ricovero ospedaliero, quali i presidi di riabilitazione extraospedalieri ex articolo 26 e le RSA, con una chiara differenziazione di obiettivi e intensità del trattamento riabilitativo, dovranno sostituire le lungodegenze che nell'attuale trasformazione degli ospedali hanno un ruolo marginale e improprio.

Ai presidi di riabilitazione extraospedaliera (ex articolo 26) sono affidati interventi sia di riabilitazione intensiva, se in possesso dei requisiti di cui al DPR 14.1.97 con particolare riferimento alla dotazione di personale, sia estensiva per il completamento del processo di recupero. Queste strutture rappresentano l'anello mancante fra ospedale per acuti e RSA per i soggetti che possono giovare di un approccio terapeutico riabilitativo finalizzato al massimo recupero possibile e alla stabilizzazione. In questi servizi attualmente la remunerazione avviene per giornate di assistenza, ma è ipotizzabile per un prossimo futuro una remunerazione per patologia simile a quella in atto per i ricoveri ospedalieri, utilizzando però un sistema di classificazione che tenga conto, oltre agli elementi eziopatogenetici e nosologici di ogni categoria diagnostica principale, anche del grado di disabilità e della gravità della malattia. Questo al fine di rendere possibile la cura e la riabilitazione anche per soggetti con una elevata compromissione funzionale e clinica, laddove vi siano indicazioni per l'efficacia dell'intervento, attraverso una maggiore intensità di cure e/o un prolungamento della degenza.

In questa categoria rientrano gli Istituti di Riabilitazione Geriatrica (ex art. 26) sviluppatasi in particolare nella Regione Lombardia.

Conclusioni

L'organizzazione a rete dei servizi agli anziani, dove l'unità della gestione non è solo una caratteristica formale ma strutturale, rappresenta, anche se a tutt'oggi mancano dimostrazioni dirette della sua efficacia, una risposta ai

bisogni sanitari di questa fascia di popolazione, intesi in senso clinico e riabilitativo, purché siano presenti tutte le caratteristiche tese a realizzare continuità assistenziale, gestione complessiva dei bisogni, promozione delle abilità residue.

In particolare: a) la fragilità dell'anziano non autosufficiente o a rischio di perdita dell'autosufficienza deve essere considerata come tematica primaria di qualsiasi progetto; b) la qualificazione, all'interno della rete, dei servizi clinici è presupposto indispensabile per mantenere l'anziano con bisogni sanitari al proprio domicilio in condizioni di benessere o in istituzione qualora le condizioni di salute lo rendano indispensabile; c) la difesa dell'autonomia dell'anziano è un obiettivo prioritario per il quale mobilitare anche le risorse informali prevalentemente costituite dalla famiglia e dalle organizzazioni di volontariato.

Nel prossimo futuro, chi ha responsabilità programmatiche non potrà prescindere in questo ambito da alcune scelte difficili, di seguito schematicamente riassunte, per le quali non vi sono sempre risposte definitive:

a) Come definire in modo razionale gli indici di fabbisogno dei vari settori, superando l'attuale spontaneismo o l'adeguamento alle potenzialità locali dei piani regionali. Ciò ha provocato condizioni di squilibrio tra varie aree e tra servizi diversi, con sprechi rilevanti e vistose debolezze nella copertura del bisogno. Ogni regione dovrebbe adottare standard specifici per la propria popolazione, tenendo conto di parametri adottati internazionalmente, ed evitando di cedere ad interessi di parte non sempre motivati (nemmeno quelli di gruppi professionali!).

b) Come collocare la riabilitazione ospedaliera nell'ambito della continuità delle cure all'anziano. È importante capire se queste strutture accoglieranno indistintamente anziani fragili che non possono essere inviati a casa dopo un ricovero per problemi acuti (medici o chirurgici) e che quindi vengono trattenuti in ospedale per un periodo che potrebbe essere considerato come "convalescenza" a media intensità clinica o se, invece, avranno compiti specificatamente e prevalentemente riabilitativi in senso stretto (di competenza cardiologica, neurologica, ecc.). In questa logica non sembrano più avere spazio le lungodegenze riabilitative ospedaliere, i cui compiti vengono assunti o dal reparto di riabilitazione o dal comparto extraospedaliero.

c) Quale spazio attribuire alla riabilitazione extraospedaliera in strutture sanitarie (istituti di riabilitazione ex art. 26) o sanitarie (RSA). In questo ambito vi è una certa ambiguità, anche perché nel primo caso la degenza è a totale carico del fondo sanitario, mentre nel secondo è richiesta la partecipazione del paziente o della sua famiglia (anche se ciò non avviene in alcune regioni). Si tratta solamente di una questione semantica o vi sono differenze nella qualità delle cure tra IDR e RSA? È possibile identificare un paziente anziano il cui bisogno è esclusivamente riabilitativo, per il quale la risposta più adatta è quella della RSA riabilitativa, o vi è sempre una determinante clinica prevalente nella perdita di autosufficienza, per cui è necessario un ambiente più qualificato (l'IDR geriatrico)? La durata della degenza è un fattore discriminante per l'allocazione?

d) Se si potenzia, come precedentemente discusso, il processo di deospedalizzazione l'assistenza domiciliare nelle sue diverse valenze si caricherà sempre più di compiti complessi anche sul piano clinico. In quest'area vi è ancora la necessità di affinare le procedure per raggiungere risultati di salute adeguati alla condizione di fragilità dei pazienti.

e) Quale ruolo affidare al medico di famiglia. I sistemi sanitari moderni rivalutano questa figura professionale anche per le specifiche competenze cliniche; nell'attuale trasformazione non è chiaro, né sul piano teorico né su quello programmatico, quali compiti dovranno essere affidati al medico generalista -dotato di sempre maggiori competenze per gestire la complessità della patologia dell'anziano e le forti interazioni tra malattia e disabilità- nella rete dei servizi (ADI, RSA, country hospital, ecc.). Al di là di pur comprensibili aspetti sindacali o di interessi corporativi, mancano sperimentazioni controllate che permettano di scegliere razionalmente tra le varie possibili opzioni.

Questi punti, ed altri esposti nella parte iniziale dell'articolo, devono indurre grande prudenza nel programmatore: una delle maledizioni della aree fragili è anche quella che chiunque si improvvisa esperto. Sarebbe ora però di capire che accanto alle tecnologie hard vi sono anche quelle soft: ambedue importanti ed ambedue bisognose di competenze e di approfondimenti. Il fatto che i servizi nella rete per l'anziano coinvolgano vari attori in comparti diversi non deve diventare motivo di genericità o pressapochismo, ma anzi un dovere ancora maggiore di precisione nei metodi e di chiarezza negli obiettivi.