L’ultimo domicilio

I bisogni degli ospiti delle Case di Riposo in un mondo che rischia di dimenticarli

Guglielmo Frapporti, Maria Sofia Donatoni, Gabriele Di Cesare

L'ultimo domicilio

I bisogni degli ospiti delle Case di Riposo in un mondo che rischia di dimenticarli

Prospettive per le Long Term Care
in un welfare orientato alla comunità

Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - Verona
Guglielmo Frapporti, Maria Sofia Donatoni, Gabriele Di Cesare

Verona 2019

RINGRAZIAMENTI

89 medici di Assistenza Primaria che svolgono assistenza in vari Centri di Servizi Veronesi sono stati invitati a partecipare a questa rilevazione, a loro va un riscontro per l'attenzione.

Un particolare ringraziamento ai 55 di loro che hanno partecipato attivamente dedicando tempo e impegno a descrivere una parte della loro attività quotidiana esponendo le loro personali opinioni sugli aspetti professionali, ma anche esplicitando parte del loro vissuto umano nell'interazione con l'ambiente e gli altri professionisti.

L. Adami, M.P. Aldegheri, F. Ambrosini, S. Angeli, I. Arcolini, M.H. Asieleh, L. Balasso, M. Bar, M. Baratellao, G. Barini, R. Beggio, B. Benedetti, P. Benini, C. Bertaiola, F. Boninsegna, P. Bonuzzi, S. Bresaola, M. Casa, P. Casagrande, V. Casano, C.M. Castellani, R. Cattano, M. Celebrano, M. Chiavegato, P. Chiesa, G. Coccia, L. Cocco, M.C. Cressoni, C. Dal Cero, M. Dal Monte, M. Dama, A. De Battisti, F. Di Piazza, A.R. Fasdelli, G.M. Filippini, A. Freschini, A. Frigo, G. Ghirelli, A. Ghirlanda, C. Girardi, F. Girelli, S. Givanni, A. Guido, A. Hayek, P. Iacuaniello, N. Iurino, M. Landoni, S. Legnazzi, M. Leoncini, A. Leso, L. Lucchese, C.M. Magnani, C. Marafetti, A. Marcazzan, S. Marinelli, P. Mazzi, C. Melotti, M.M. Miotti, C. Mirandola, C. Mozzo, F. Obici, A.M. Oliva, A. Panzino, C. Patuzzo, N. Pauletto, G. Pedelini, P. Pesarini, G. Righetti, G. Rodegher, G. Romanelli, G. Rossin, P. Sandri, A. Tivelli, P. Tognella, S. Tomè, M. Tosi, R. Trespidi, M.T. Turri, A. Vantini, A. Verna, V. Zane, S. Zenari, O. Zoccatelli, R. Zoccatelli.

Questo lavoro ha preso spunto da diversi stimoli prodotti in alcune tesi di diploma redatte nella Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Classe di Verona, frutto dei tirocini pratici nei Centri di Servizi. In particolare si ringraziano: dr. C. Tabacco, dr. M. Nardi, d.ssa M. Tosi, d.ssa E. Ruta, d.ssa N. Tabarcea, d.ssa A. Tabiica, dr. G. Danti, dr. M. Celebrano.

Un particolare ringraziamento ai colleghi Medici di Famiglia che hanno rivisto le bozze e hanno partecipato al *focus group* consentendo alcune osservazioni e proposte conclusive: dr. Adami Lorenzo, dr. R. Cattano, dr. G. Coccia, dr. M. Celebrano, dr. A. Panzino, dr. C. Marafetti, d.ssa S. Givanni, dr. M. Oliva, d.ssa M.C. Cressoni. Hanno collaborato alla revisione dei testi il dr. V. Renè, il dr. M. Celebrano, e il dr. G. Coccia.

Una parte significativa di questo lavoro non avrebbe potuto essere sviluppata senza il contributo del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ULSS 9 Scaligera. Infine i testi di questo volume non sarebbero stati agevolmente fruibili senza l'impaginazione, la revisione e la attenta cura grafica di Gigi Speri.

I materiali di questo volume sono utilizzabili citando la fonte.
Per informazioni e contatti rivolgersi a: Centro Studi FIMMG-Verona (*verona@fimmg.org*).
Verona, settembre 2019.

A coloro che ci stanno precedendo

Note degli autori

Questo volume nasce dalle tante domande che si pongono i Medici di Famiglia quando entrano ogni giorno nelle Case di Riposo (ora Centri di Servizi) per garantire al meglio delle loro possibilità le cure di cui gli ospiti hanno bisogno.

La scelta di affidare ai Medici di Famiglia le cure "di base" nelle Case di Riposo è stata fatta in Veneto nel 1987, quando le strutture residenziali per anziani stavano nascendo un po' in ogni paese per effetto dei nuovi bisogni, e dopo anni di incertezze e di precarietà sulla organizzazione delle cure.

Quella scelta è stata una evoluzione un po' naturale, maturata anche sulla spinta di un dialogo fecondo di Medici di Famiglia, come il collega veronese Silvano Pomari, con le direzioni ULSS di allora, che osservavano come il medico di famiglia, che era medico dei domicili, seguisse naturalmente il cittadino anche in questo "ultimo domicilio" che diventava la Casa di Riposo. Luogo dove l'anziano, a volte, si portava qualche oggetto della propria casa e i parenti sentivano il compito di entrare per seguirlo in vari modi, per quanto ritenuto utile o necessario, e per mantenere, per quanto possibile, il clima della domiciliarità.

Non è secondario sottolineare come il percorso intrapreso in Veneto rifletta, in parte, anche i valori tradizionali di una cultura che vede la persona come parte integrante della sua rete sociale. Oggi il profilo degli ospiti, la domanda di cure sono radicalmente cambiati. La realtà dei Centri di Servizi è in rapida evoluzione e si pongono ai decisori scelte non semplici, che devono fare i conti anche con quei valori.

I medici, per gli aspetti deontologici della professione, ma anche come cittadini, sentono il dovere di contribuire per la loro parte a far conoscere la realtà dei bisogni degli ospiti per migliorare la qualità delle cure, pur essendo consapevoli sia dei limiti del loro lavoro, frutto dell'attività "sul campo", sia della "parzialità" del loro punto di vista.

Perciò questo volume ospita altri punti di vista indispensabili a far intuire come, in un welfare rispettoso della dignità delle persone fragili, la sfida delle Long Term Care ha bisogno di un pensiero e di una azione globale nelle comunità.

Questo volume vorrebbe essere uno strumento di lavoro, insieme ad altre sollecitazioni che vengono da altri ambienti: dall'Università e dalle società scientifiche, ma anche dalle ULSS, dai comuni, dalle direzioni dei Centri di Servizi, dalle aggregazioni sociali delle comunità, per contribuire a far crescere il dialogo civico e all'interno delle istituzioni.

La speranza è che possa favorire migliori puntualizzazioni delle tematiche e alcuni programmi chiari. Perché non tutte le soluzioni dipendono dalla grande politica, ci sono anche scelte che ricadono nelle responsabilità di ciascuno dei soggetti coinvolti.

Verona, 16.9.2019

Dr. Guglielmo Frapporti, MMG, Segretario Provinciale Generale FIMMG Vr
D.ssa Sofia Donatoni, Diplomata alla Scuola di Formazione Specifica in MG Veneto, MMG
Dr. Gabriele Di Cesare, Diplomato alla Scuola di Formazione Specifica in MG Veneto, MMG

SOMMARIO

Presentazione (dr. L. Adami) 7
Prefazione (prof. M. Zamboni) 9
Premessa 11
1. Introduzione 13
1a. Il contesto socio-demografico 16
1b. Il profilo ACG della popolazione Veneta e il PSSR 2019-23 19
1c. Dall'*hospitium* ai Centri di Servizi:
dai bisogni alla ricerca di risposte delle comunità 24
1d. La normativa nazionale e veneta di riferimento
sulla residenzialità per anziani 25
1e. I numeri della residenzialità per anziani in Italia, in Veneto e a Verona 27
1f. L'assistenza medica nei Centri di Servizi in Veneto 31
2. Gli utenti dei Centri di Servizi della provincia di Verona:
ingressi e durata delle cure 37
3. I problemi di salute e i bisogni di cure e assistenza degli ospiti
dei Centri di Servizi 43
3a. Problemi di salute ricavati dalle schede SVAMA 43
3b. Problemi di salute osservati dai MMG
attivi nei Centri di Servizi Veronesi 45
3b.1. Attività dei medici nei Centri di Servizi 45
3b.2. Le patologie e i problemi degli ospiti dei Centri di Servizi 47
3c. Il consumo di farmaci (anni 2016-2017) come indicatore
di problemi di salute e di cura 51
4. Problematiche relative alle dotazioni strumentali e infrastruttura informatica ... 61
5. Medico di Famiglia e Medico incaricato nel Centro di Servizi:
carico di lavoro e aspetti motivazionali 63
6. Ruolo medico, integrazione interprofessionale e relazioni con le Direzioni 65
7. Competenze per un ruolo professionale specifico e bisogni formativi 67
8. Considerazioni e proposte sulle problematiche
relative alle cure degli ospiti nei Centri di Servizi 69
Le opinioni dei medici incaricati di assistenza 69

8a. Ospiti con impegnativa e senza impegnativa di assistenza sanitaria: problemi amministrativi e indicatori di criticità assistenziali 69
8b. I problemi di salute degli ospiti 71
8c. Dalla malattia alla persona malata, ovvero dal PDTA al PAI e al Patto di Cura 73
8d. Dotazioni adeguate alle necessità delle cure 74
8e. Quali interazioni tra Centri di Servizi e Ospedale? 75
8f. Le decisioni "difficili" 75
8g. Garantire l'umanizzazione del fine vita 77
8h. Le cure mediche nei Centri di Servizi: un compito del medico di famiglia? ... 78
8i. Il nuovo ruolo dei Centri di servizi nel Sistema Sanitario e nel Welfare 81
8j. Una "comunità curante" tra luci ed ombre: un percorso ed un obiettivo da costruire 81
8k. Un LEA a rischio? Il rapporto tra ULSS e Enti Gestori tra valori e rischi 83
8l. Proposte formative per le nuove generazioni di Medici nei Centri di Servizi ... 85
9. Conclusioni 87
10. Altri sguardi sulla realtà dei Centri di Servizi e sui bisogni degli ospiti 89
a. Dr. Giovanni Bonadonna (Presidente del Comitato Etico per la pratica clinica dell'ULSS 9 Scaligera e del Comitato Etico dell'OMCeO 89
b. D.ssa Concetta Nicotra, Psicogeriatra ULSS 9 Scaligera 91
c. D.ssa Loredana Ferrari, Infermiera professionale in un Centro di Servizi 95
d. Dr. Gabriele La Rosa, Medico coordinatore per i Centri di Servizi, distretto 4, ULSS 9 Scaligera 90
Postfazione (avv. Tomas Chiaramonte) 99
Allegato 1. Normativa essenziale di riferimento per il Veneto 105
Bibliografia 107

PRESENTAZIONE

Devo complimentarmi con i giovani colleghi specializzandi per lo splendido lavoro di analisi e ricerca dati raccolti in questo semplice e aggiornato volume sui Centri Servizi della Provincia di Verona.

I Centri Servizi fanno parte delle Cure Primarie, inseriti nella vasta Rete Territoriale, nella quale sono co-attori insieme a centinaia di Medici di Famiglia, dislocati dal centro alla periferia di ogni paese. Proprio per affrontare la sfida della cronicità, i Medici di Famiglia e i Centri Servizi sono di fatto un pilastro fondamentale della Sanità Veneta.

Farne emergere l'insostituibile valore è uno dei meriti di questa ricerca. Nei nostri incontri di *Focus Group* abbiamo sempre condiviso il pensiero di quanto sia ancor poco visibile il lavoro del Medico di famiglia. Ciò è tanto vero che illustri Ministri della Repubblica Italiana, anche recentemente, si sono lanciati con foga in esternazioni gratuite del tipo "ma chi va più dal Medico di famiglia oggi?". Pena poi ricredersi quando tutte le settimane sul giornale L'Arena si leggono allarmati appelli di Sindaci che chiedono all'ULSS di garantire al paese un sostituto del medico appena andato in pensione, raccogliendo la protesta dei cittadini che con sottoscrizioni e raccolta firme si sentono defraudati di un bene positivo per loro. Ecco perché questo volume diventa prezioso e può aiutarci ad uscire un po' dall'angolo nel quale siamo stati relegati da una cultura riduttiva che "vede" solo l'ospedale e lo specialista. Infatti, il fenomeno crescente dell'invecchiamento della popolazione, che trova un riscontro critico nella cosiddetta fibrillazione degli estremi (rapporto giovani\anziani), preannuncia l'implosione futura dei Servizi Socio Sanitari.

Oggi non basta più glorificare il passato di una Sanità regionale di eccellenza, bisogna progettare un futuro che avvalori l'importante partita giocata da tutti gli operatori extra-ospedalieri e dalle Residenze cosiddette intermedie.

Anche la semantica ha il suo significato e il cambio di nome da Casa di Riposo a Centro Servizi sta a significare una progressiva apertura alle nuove domande socio sanitarie del Territorio circostante. Parafrasando il grande sociologo Zygmunt Bauman, tanto più liquide e rarefatte sono le relazioni tra le

persone, tanto più robusta e solida deve essere la rete di sostegno alle famiglie e alle persone sole.

La politica ha il dovere di dare più solidità a questa rete. La promessa di una vita eternamente giovane ed autosufficiente, propaganda di certa cultura dominante, contrasta prepotentemente con la realtà di affollamento in cui versa ogni refettorio di un qualsiasi Centro Servizi. La vita reale è anche questa e la Società deve affrontarla con urgenza. Non si tratta infatti di custodire un parcheggio per anziani in attesa della morte. Si tratta di rispondere ai due grandi e ineludibili bisogni profondi dell'uomo: il bisogno di accoglienza e il bisogno di cura. In questi luoghi si tocca con mano la domanda sul senso della vita di ciascuno, domanda presente lungo tutto una vita che diventa ancora più incalzante di fronte alla prospettiva della sua fine.

Dentro questa domanda siamo immersi anche noi, non tanto come medici, ma piuttosto come uomini e donne interiormente coscienti che la sfida vera del nostro lavoro si gioca sì sulla professionalità, ma anche su un livello più alto di umanità e su un amore più vivo che deve investire ogni nostra relazione.

Dr. Lorenzo Adami - Medico di famiglia
Presidente della Sezione FIMMG di Verona

PREFAZIONE

L'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei fenomeni più rilevanti nei paesi industrializzati, nei quali circa un quarto della popolazione ha più di 65 anni di età con significativi riflessi non solo sul mondo sanitario, ma anche su quello socio-assistenziale. Secondo l'ISTAT nel 2050 gli anziani rappresenteranno il 34% della popolazione. Il tema dell'assistenza al paziente anziano, spesso fragile, di frequente portatore di disabilità fisica e/o cognitiva, quasi sempre comorbido e politrattato è cruciale.

È quindi con piacere verificare che questi aspetti sono presi in considerazione e approfonditamente trattati in questo manoscritto curato dai colleghi della medicina generale veronese. Già dalla visione dell'indice emerge quanto approfonditamente siano state esaminate le tematiche relative all'invecchiamento della popolazione, alle sue problematiche cliniche e assistenziali con particolare attenzione ai problemi di salute e ai bisogni di cura e assistenza degli ospiti dei Centri di Servizi Veronesi.

Di grande interesse sono i dati raccolti relativamente alle opinioni dei medici incaricati dell'assistenza in residenzialità e quelle relative alla tipologia dell'assistenza da loro fornita e alle loro esigenze formative. Circa un medico su due sente l'esigenza di formazione specifica e di aggiornamento continuo. Emerge chiaramente la loro necessità di un lavoro in team (ben il 47% dei medici coinvolti nell'indagine la indica come necessaria), di un adeguamento delle capacità di relazione con la figura del *caregiver* e del familiare. La conflittualità con i familiari dell'ospite è segnalata come un problema circa da due medici su tre, la carenza di risorse dal 63%. Emerge inoltre l'elevata prevalenza nei Centri di Servizi veronesi di soggetti con malnutrizione per difetto (36% della popolazione in osservazione) con un gran numero di residenti sottoposti a nutrizione artificiale e infine il crescente fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

Dall'importante massa di informazioni presenti in questo manoscritto si possono ricavare alcune considerazioni:

1. l'ospite dei Centri di Servizi veronesi è sempre più anziano, più fragile e presenta spesso quadri clinici di acuzie e sub-acuzie di malattia. Verosimilmente

l'invecchiamento della popolazione, la riduzione avvenuta in questo decennio dei posti letto per acuti in ospedale, nonché delle giornate di degenza sono alla base di questo fenomeno ormai irreversibile;
2. se nel recente passato la tipologia dell'ospite istituzionalizzato richiedeva principalmente assistenza infermieristica e "custodia", adesso le esigenze sono completamente cambiate tanto da rendere necessarie competenze mediche e infermieristiche così elevate da mettere qualche volta, se non spesso, in difficoltà i sanitari;
3. competenza, formazione continua, lavoro in equipe, interazione ove necessario con la figura medica specialista di riferimento, individuazione di percorsi clinico-assistenziali preferenziali e condivisi con le strutture ospedaliere per l'ospite in fase di acuzie o sub acuzie di malattia sembrerebbero essere le risposte adeguate;
4. in questo contesto socio-sanitario e clinico-assistenziale in continua evoluzione è indispensabile affrontare il tema della relazione non solo medico-paziente ma anche medico o meglio equipe sanitaria-famiglia e/o *caregiver* dell'ospite. Il passaggio dalla cura della malattia alla presa in carico della persona malata, la ricerca di una alleanza terapeutico assistenziale non solo con il paziente ma con familiare e/o *caregiver* sono strade obbligate anche per ridurre quella conflittualità che dai dati raccolti in questo studio appare essere assai frequente.

In definitiva, l'auspicio è che i dati presentati in questo studio siano da stimolo per l'organizzazione di una *task force* che metta insieme le esperienze di tutti coloro che, in campo sanitario e non solo, hanno a cuore le tematiche dell'invecchiamento, della cura della persona anziana, in particolare di quella istituzionalizzata. A questa *task force* sarebbe indispensabile partecipassero tecnici sanitari (medici e non), politici e rappresentanti delle famiglie dell'anziano al fine di individuare strumenti congiunti finalizzati al miglioramento delle condizioni di cura e assistenza dell'anziano istituzionalizzato.

Prof. Mauro Zamboni
Prof. Ordinario Medicina Interna-Geriatria
Presidente Collegio Didattico Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Direttore UOC Geriatria B
Direttore Scuola di Specializzazione in Geriatria
Direttore Dipartimento Medico Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Università di Verona

PREMESSA

La Medicina Generale si basa su molto lavoro silenzioso, implicito. In particolare i MMG delle case di riposo svolgono un lavoro non del tutto conosciuto. I loro pazienti sono fragili, complessi ed è complessa la rete di relazione che devono "manutenere" con i familiari e con le varie tipologie di operatori socio-sanitari della struttura; e tutto ciò in una particolare situazione di "domiciliarità".

A fronte di tutta questa mole di lavoro importante sono ancora poche le ricerche che analizzano in termini qualitativi e quantitativi le questioni sul tappeto.

È perciò stato un piacere per il Centro Studi sostenere uno dei primi lavori di approfondimento ad opera di due valenti corsisti, la dr.ssa Donadoni e il dr. Di Cesare, della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Verona, che mettono insieme i dati provenienti da alcune tesi, la loro più altre sei tesi prodotte da altri giovani colleghi della Scuola. Vengono illustrati i dati anagrafici, epidemiologici e clinici; e sono analizzate a fondo le dinamiche dell'assistenza nelle Case di Riposo della Provincia di Verona. Il presente lavoro è una chiara dimostrazione dell'avvenuta sinergia scuola-professione.

La realizzazione di questo libro inoltre testimonia la forte potenzialità della triangolazione tra una formazione ad hoc per i MMG (la Scuola di Formazione in MG), le istituzioni culturali proprie della Medicina Generale (il Centro Studi FIMMG, in questo specifico caso), un sindacato dei MMG attento non solo all'assistenza clinica all'individuo ma anche al vissuto reale dei pazienti e cittadini nei vari luoghi dell'assistenza territoriali, pronto a confrontarsi e a collaborare con le ULSS, le associazioni mediche, l'Università, i Comuni e la Regione.

Dr. Sandro Girotto e dr. Franco Del Zotti
Centro Studi FIMMG di Verona

1. Introduzione

Questo lavoro si colloca nel filone di ricerca in atto nei paesi più industrializzati sulle possibili risposte ai crescenti bisogni di cure e assistenza degli anziani non autosufficienti. L'Italia, come segnalato dall'OCSE, è uno dei paesi europei con una quota di popolazione longeva sempre più consistente che, per comorbidità e perdita conseguente dell'autosufficienza, richiede cure a forte impatto sul sistema socio-assistenziale.
Il report OCSE 2015 sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari *Fiscal Sustainabiliy of Health and Finance Perspective* [1,2] denuncia che la spesa sanitaria cresce più velocemente rispetto alla crescita economica negli ultimi 20 anni con previsioni del 14% sul PIL nel 2060.

Considerati i complessi contesti socio-economici e sociali il Rapporto OMS del 2008 [3], a 30 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, riafferma il ruolo chiave dei principi della *Primary Health Care*, ripresi il 25 ottobre 2018 nella Conferenza di *Astana Global Conference on primary health care* che confermava come i sistemi di cure primarie forti sono associati a riduzione di:
a. mortalità per tutte le cause,
b. mortalità prematura per tutte le cause,
c. mortalità prematura specifica per BPCO e malattie cardiovascolari.

Le evidenze dimostrano poi che le cure primarie garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione: "Più forti sono le cure primarie, più bassi sono i costi e maggiore la soddisfazione per la popolazione" [4]. Obiettivo preminente dei sistemi che garantiscono i servizi per la cronicità è mantenere la persona che necessita di assistenza il più possibile all'interno della comunità e al proprio domicilio, senza però riversare sulla famiglia e il *caregiver* informale tutto il carico dell'assistenza.

L'OMS invita a pensare alla vita in salute attraverso un approccio complessivo che inizia dalla prevenzione. Il *Global Strategy Action Plan* (GSAP) dell'ONU sviluppato tra il 2014-2016 delinea anche una struttura di salute pubblica costituita sul concetto di invecchiamento in salute che va oltre il sistema strettamente sanitario.

È pertanto necessaria una risposta coordinata da molti settori e più livelli di governo. Affrontando le disuguaglianze e la povertà sviluppando tecnologie e servizi per coloro che ne hanno bisogno. La nuova concettualizzazione dell'OMS di invecchiamento delineato nel rapporto mondiale del 2015 piuttosto che concentrarsi sull'assenza di malattia considera l'invecchiamento dalla prospettiva delle abilità funzionali che consentano agli anziani di esercitare le normali attività del vivere quotidiano. Queste capacità sono determinate non solo dalla capacità intrinseca dell'individuo, ma anche dagli ambienti fisici e sociali in cui vivono.

La longevità crescente della popolazione italiana se da un lato è un esito rilevante del SSN che ha reso universalmente disponibili i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica nell'assistenza al paziente acuto e alla prevenzione, dall'altro con l'incremento delle patologie cronico-degenerative evidenzia difficoltà nella programmazione dei servizi territoriali per la frammentazione di finanziamenti separati, inadeguatezza delle regolamentazioni, debolezza di un sistema strutturato pubblico, con una crescente iniziativa delle prestazioni e delle attività da parte del privato che immette risorse in misura crescente, con il rischio che manchi una gestione coerente e coordinata.

L'assistenza ai pazienti con multipatologie croniche e fragili nelle "residenze protette" o "strutture intermedie" tra il domicilio e l'ospedale diventa in Italia un segmento sempre più rilevante del sistema complessivo delle cure, da un lato per il mutamento demografico e della struttura familiare, con la ridotta capacità di presa in carico e dall'altro per il cambiamento della funzione degli ospedali destinati a ricoveri brevi per patologie acute.

In Italia attualmente le *Long Term Care* (LTC) territoriali sono fondamentalmente di due tipi: cure domiciliari e cure in strutture extraospedaliere residenziali o semiresidenziali. Le Regioni godono di ampia autonomia nella loro gestione e, pertanto, erogano servizi socio-sanitari molto diversificati (vedi l'Atto di indirizzo alle Regioni e Provincie autonome in materia di requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie del D.P.R 14 gennaio 1997).

In modo analogo, in Europa i modelli di LTC sono altrettanto differenti tra loro. Nella logica di riorganizzare i sistemi di cure socio-sanitarie con il miglior utilizzo di risorse, uno degli indirizzi emergenti è basato sul potenziamento delle cure territoriali e l'integrazione ospedale territorio secondo un modello detto "a rete". Il confronto dei modelli organizzativi di presa in carico degli anziani non autosufficienti tra l'Italia e altri paesi europei, come Francia, Germania e Gran Bretagna, evidenzia soluzioni piuttosto differenti. Questo dipende da vari fattori come elementi socio-culturali e ambientali, ad esempio le diverse strutture delle

famiglie, le diverse legislazioni sui servizi socio-sanitari, e le risorse allocate per il *welfare* che sono molto differenti tra i paesi suddetti. L'Italia, ad esempio, ha un tasso di copertura del numero soggetti non autosufficienti più elevato di altri paesi europei, tuttavia eroga una quota minore di servizi organizzati alla persona per ciascun soggetto [1,4].

Nel nostro studio l'attenzione si è focalizzata sulla domanda di cure e sull'assistenza medica nei Centri di Servizi nel modello Veneto e in particolare nelle strutture della provincia di Verona. Occorre prendere atto che fino a qualche decennio fa le strutture residenziali per anziani ospitavano persone che necessitavano per lo più di un supporto sociale, mentre oggi esse accolgono ospiti con elevato bisogno di assistenza sanitaria.

In varie regioni è stata modificata la denominazione di tali strutture da "Case di Riposo" a "Centri di Servizi". Il cambio del nome non è formale ma esprime il passaggio da strutture per una ospitalità prevalentemente "alberghiera" a persone autosufficienti, a strutture che erogano servizi più articolati, di differente intensità, sia sanitaria che sociale in rapporto al cambiamento della domanda da parte di ospiti anziani affetti da comorbilità, non autosufficienti, non di rado in condizioni terminali di malattia cronico-degenerativa o neoplastica.

Sono persone che, per le condizioni della famiglia non possono essere assistiti a domicilio e per le quali l'ingresso in Centro di Servizi rappresenta una fase perlopiù definitiva e finale della loro esistenza; sono fragili, a rischio di eventi acuti e subacuti in relazione al declino dello stato di salute, cognitivo e della perdita dell'autonomia motoria.

I pochi dati di letteratura disponibili sulle condizioni di salute degli ospiti nei Centri di Servizi confermano questo mutamento: uno su tutti è la frequenza di infezioni sovrapponibile in ospedale e in strutture extraospedaliere per anziani [6,7]. Il tema specifico della diffusione dell'antibiotico resistenza nei Centri di Servizi [7], come nelle strutture ospedaliere, è una esemplificazione della necessità di un cambio di paradigma culturale e pratico nelle cure in ambiente comunitario che se da un lato deve essere centrato sulla singolarità di ogni soggetto, dall'altro deve tenere conto dell'insieme dei servizi generali nella struttura, delle procedure di assistenza alla persona, delle dotazioni materiali disponibili, delle interazioni tra tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza e anche dei contatti con l'esterno.

In questo dossier facciamo riferimento a dati provenienti da diverse ricerche prodotte in collaborazione tra medici di famiglia operanti nei Centri di Servizi e Specializzandi del Polo di Verona della Scuola di Formazione Specifica in medicina Generale del Veneto, divenute anche tesi di diploma.

Le cure mediche nei Centri di Servizi, sia per i problemi di salute degli ospiti che per la particolare funzione di queste strutture, propongono una serie di nuovi temi rilevanti e specifici per il profilo professionale dei medici incaricati dell'assistenza e la loro formazione

Da una collaborazione tra la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale e il Centro Studi FIMMG Verona sono state avviate due più recenti ricerche [8,9], con l'obiettivo di indagare gli aspetti professionali e formativi dell'assistenza medica partendo dai bisogni degli ospiti. Scopo di questi lavori è anche quello di contribuire alla formulazione di qualche proposta per una migliore qualità dell'assistenza medica agli ospiti nei Centri di Servizi.

1.a Il contesto socio demografico

Il panorama che emerge dall'analisi sociodemografica italiana vede un progressivo invecchiamento della popolazione. La speranza di vita media alla nascita si è innalzata al di sopra degli 80 anni a partire dagli anni Settanta. In particolare, è di 80,6 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne, come illustrato nel grafico 1 [10].

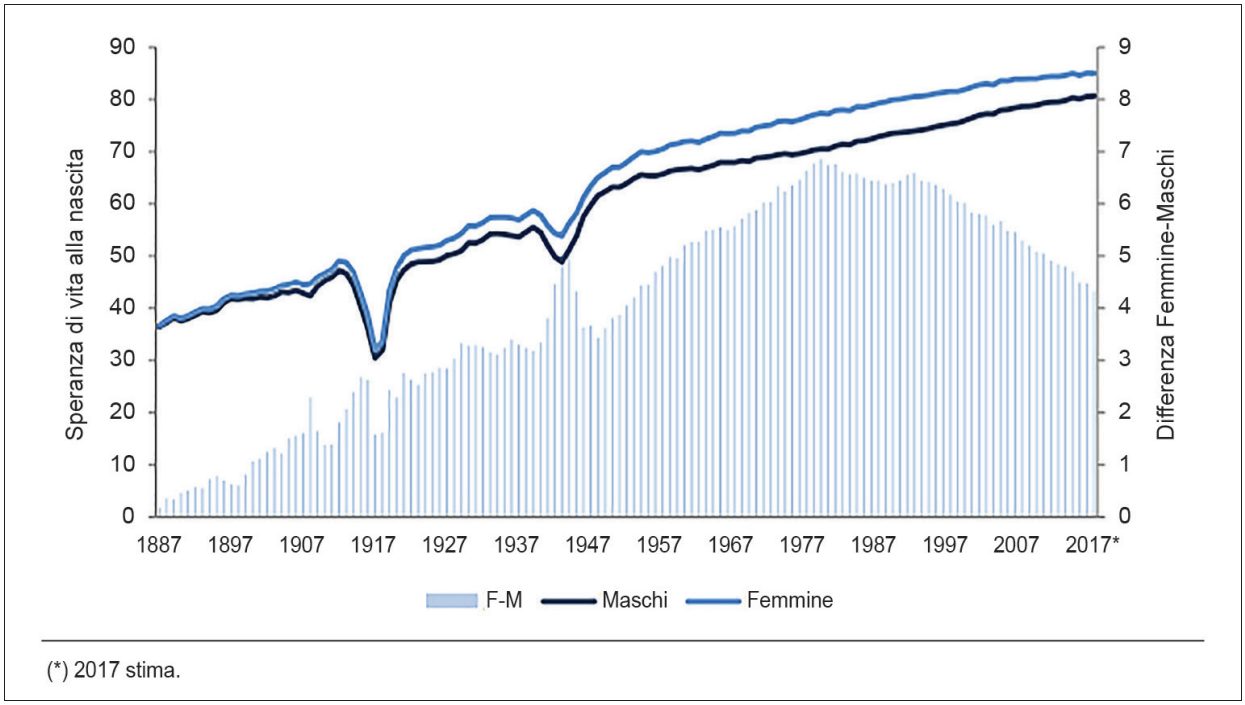


*Grafico 1. Speranza di vita alla nascita e differenza di genere – Italia. Anni 1887-2017**

Al 1° gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha età compiuta superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% ha età compresa tra 15 e 64 anni mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni (grafico 2) [10].

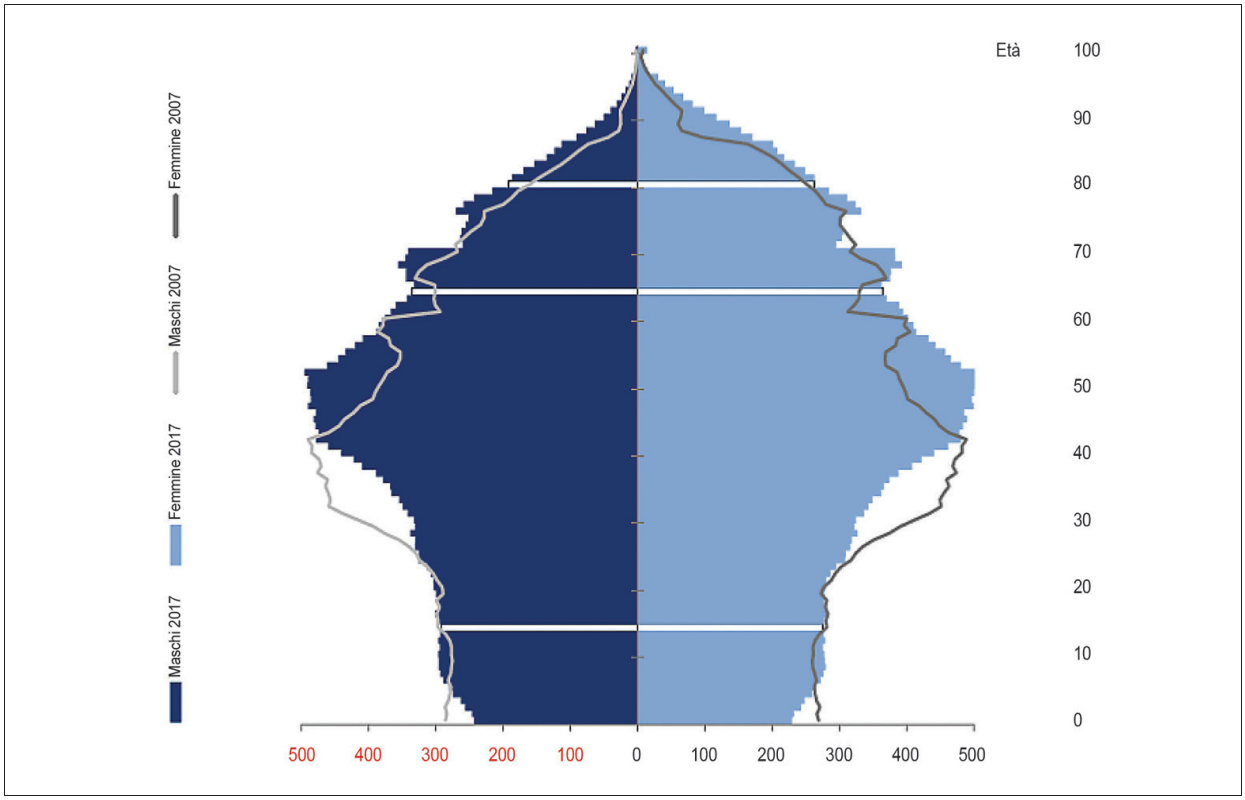


Grafico 2. Piramide della popolazione residente, Italia. 1.1.2007 (linea grigia) e 2017 (area colorata), dati in migliaia - Maschi blu - Femmine azzurro.

La popolazione in età attiva ha avviato da alcuni anni sia un percorso di regolare declino numerico sia un processo di invecchiamento al suo interno. Infatti, mentre la popolazione in età 15-39 anni scende dal 31,5% al 27%, quella in età 40-64 cresce dal 34,2% al 37,1%.

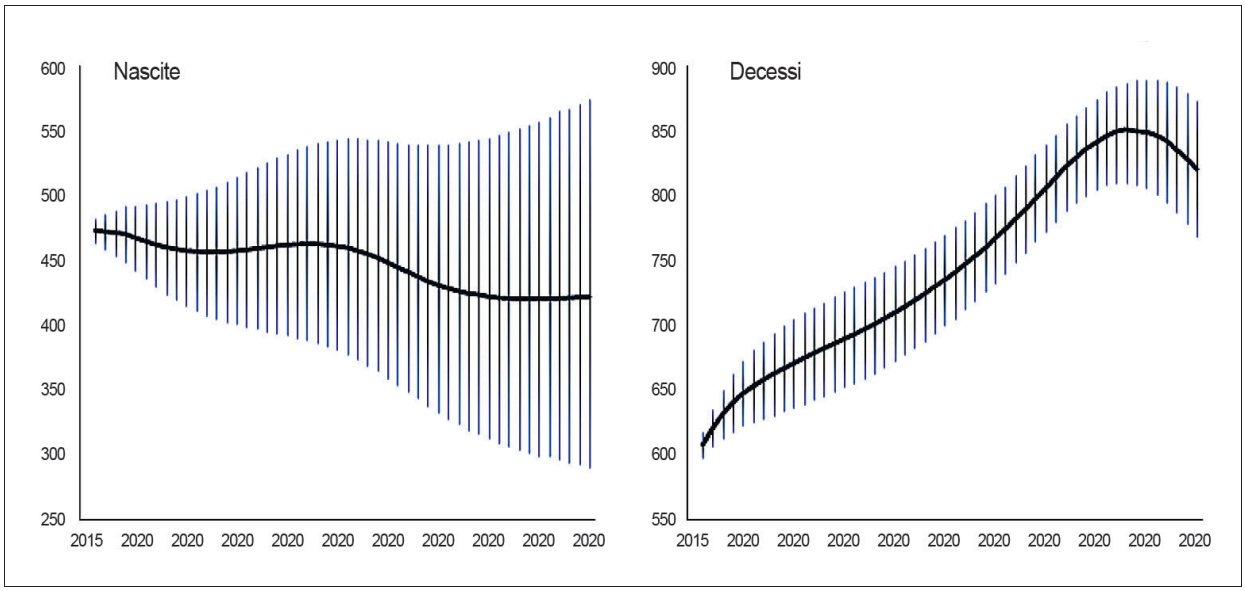


Grafico 3. Nascite e decessi in Italia. Scenario mediano e intervallo di confidenza al 90%. Anni 2016-2065, dati in migliaia.

Pertanto, da un lato si assisterà a una progressiva riduzione numerica delle coorti di donne in età feconda (14-50 anni), dall'altro si assisterà a coorti di popolazione in età anziana (65 anni e più) sempre più infoltite dalle positive condizioni di sopravvivenza presenti e future (86,1 e 90,2 anni, rispettivamente, la vita media maschile e femminile prevista entro il 2065) (grafico 3) [11].

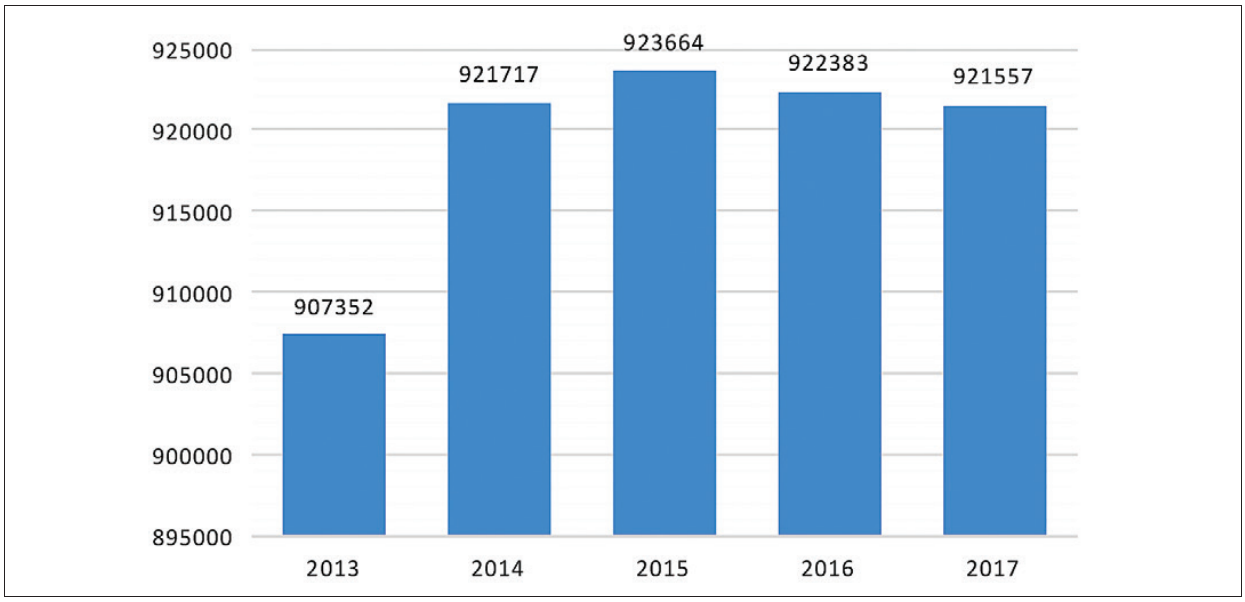


Grafico 4. Popolazione residente a Verona 2013-2017. Fonte dati Istat: *http://demo.istat.it/.*

In Veneto l'andamento socio-demografico è in linea con quello italiano: la popolazione invecchia e la fascia d'età over 65 anni è salita al 22,6% del totale nel 2017 rispetto al 18,3% del 2002. La popolazione residente è stazionaria, pari a 4.907.529 persone.

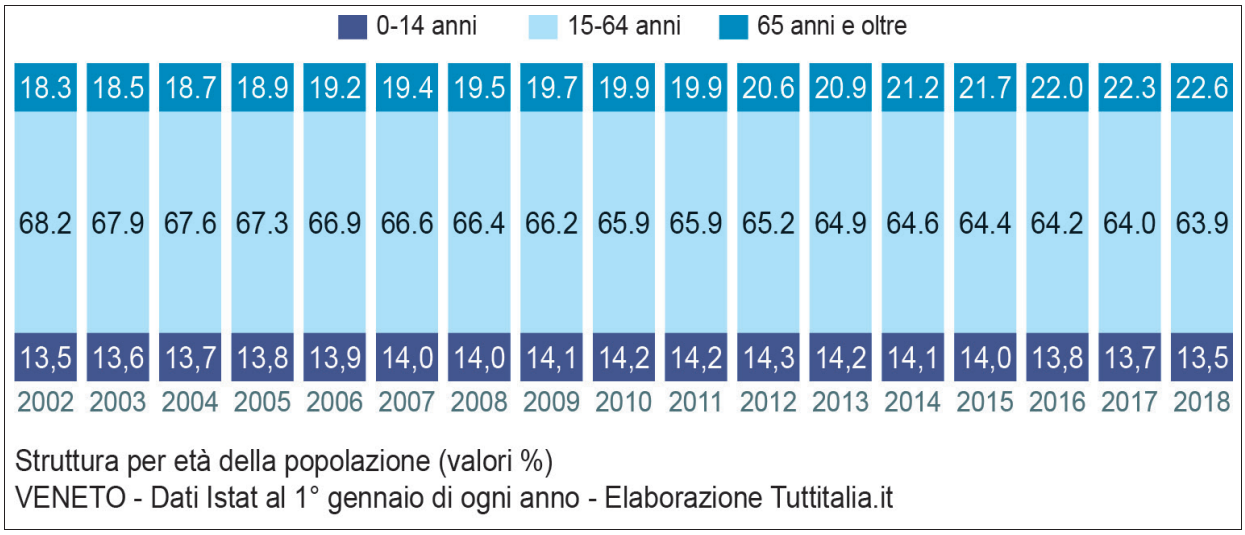


Figura 1. Struttura per età della popolazione in Veneto. Fonte: Tuttitalia - Statistiche demografiche.

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra la popolazione oltre i 65 anni e la popolazione più giovane 0-14 anni è di 1,6 a 1. In altre parole, di fronte a 100 giovani ci sono 163,6 over 65 anni; come illustrato in figura 1.

In Veneto l'incidenza delle persone che vivono da sole, ovvero senza una rete di supporto familiare, sono 11% della popolazione, molte delle quali di età avanzata [11].

L'analisi della popolazione residente della provincia di Verona negli ultimi 5 anni, ne evidenzia un progressivo incremento fino al 2015, e un successivo decremento con valori nel 2017 analoghi a quelli del 2014 (grafico 4).

La suddivisione della popolazione nello stesso periodo per fasce di età, evidenzia una progressiva diminuzione della popolazione da 0 a 64 anni e un progressivo aumento della popolazione over 65 anni (grafico 5 A-B).

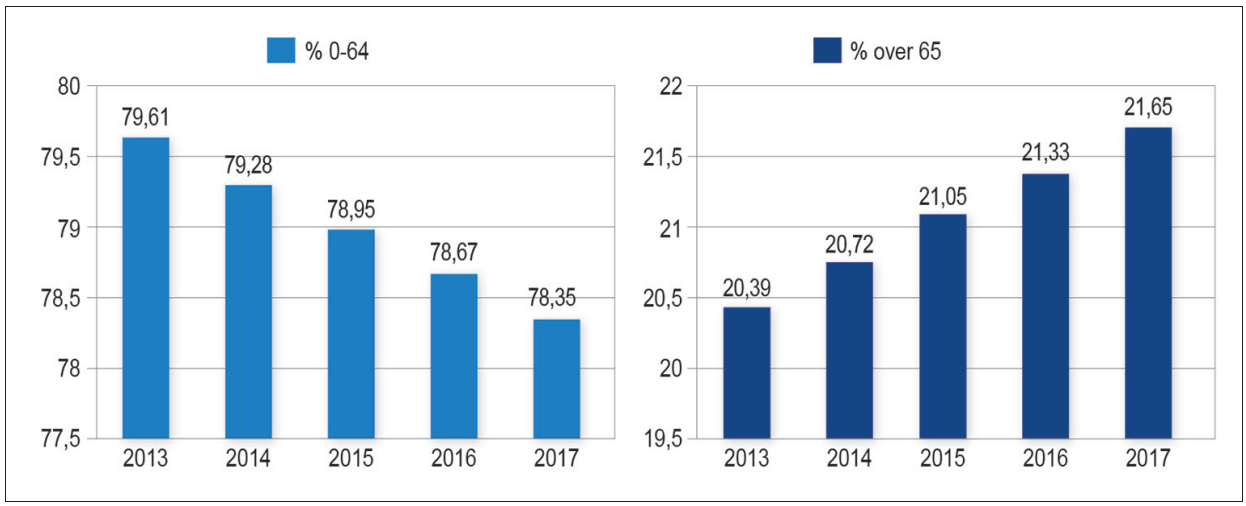


Grafico 5. Popolazione di età inferiore a 65 anni (a) e superiore a 65 anni (b).
Fonte dati Istat: http://demo.istat.it.

L'allungamento dell'età media di vita si accompagna anche a un relativo aumento della prevalenza di patologie cronico degenerative e di non autosufficienza. Da qui deriva la necessità di pianificare un sistema di cure per sostenere questa parte di popolazione sempre più numerosa.

1.b Il profilo ACG della popolazione Veneta e il PSSR 2019-23

L'invecchiamento della popolazione correla con l'aumento di patologie croniche e comorbidità. A livello internazionale quasi il 40% della spesa pubblica per l'assistenza sanitaria riguarda persone con più di 65 anni di età, con cure a lungo termine e ricoveri ospedalieri come i più importanti fattori di costo [12,13,14].

I sistemi sanitari che riescono a fornire assistenza e servizi efficaci a livello territoriale sono in grado di ottimizzare sostanzialmente la spesa pubblica [14].

Il nuovo *Piano Socio Sanitario Regionale 2019-23* (LR 48/2018), dopo il precedente PSSR 2012/18 centrato in gran parte sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, dedica ampio spazio al tema della cronicità in Veneto [15].

I bisogni di salute dei cittadini veneti sono stati profilati attraverso il progetto AGC (*Adjust Clinical Group*), nato dagli studi Barbara Starfield negli anni Settanta e poi sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora [16].

Questo sistema prevede l'utilizzo dei flussi informativi dalle AULSS sui ricoveri e l'accesso al PS (diagnosi ICD9-CM), ai servizi specialistici, la diagnostica, le diagnosi da UVMD e ADI (Care-ICPC) e il consumo di farmaci, per suddividere la popolazione veneta in gruppi omogenei per profili omogenei di costellazioni di malattia/multimorbilità; ciascun gruppo corrisponde a un consumo atteso di risorse sanitarie. I dati del 2015, elaborati con il sistema ACG, mostrano un aumento della prevalenza delle malattie croniche sopra i 55 anni (50% dei cittadini ha almeno una condizione cronica), e di comorbidità (20% della popolazione). Sopra gli 85 anni 2/3 dei soggetti presentano almeno due patologie (grafico 6).

I costi correlano con il numero di condizioni croniche [11].

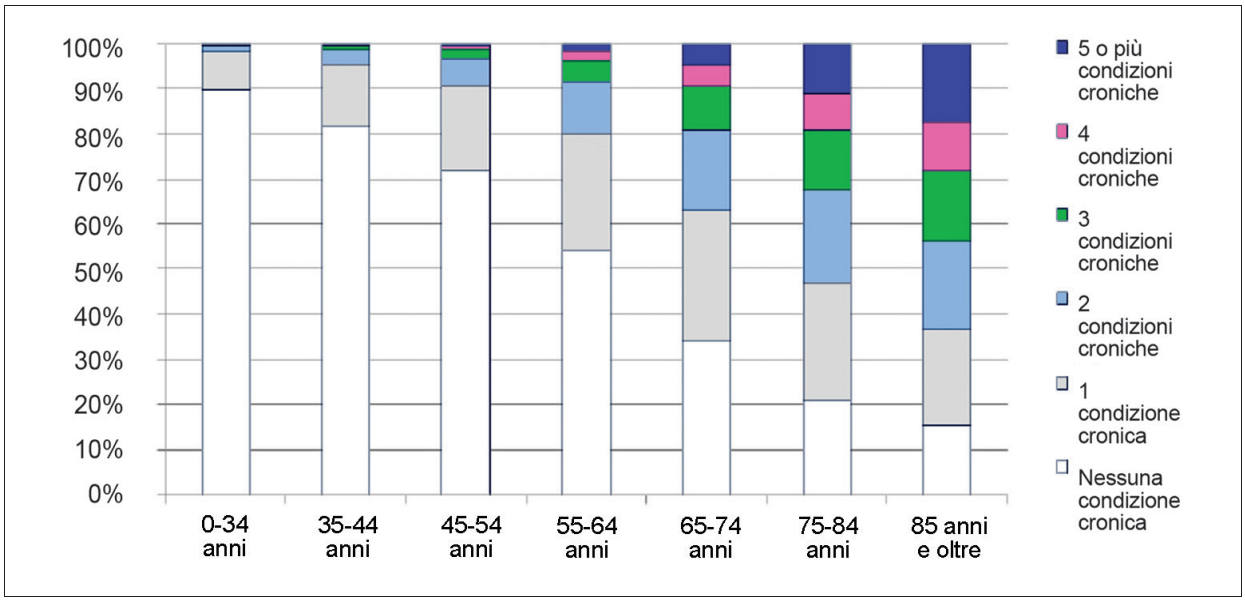


Grafico 6. Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età, Veneto, 2015.

Le condizioni croniche più diffuse: malattie cardiache, dislipidemie, diabete, demenze e BPCO, sono spesso compresenti nello stesso soggetto. In particolare, l'ipertensione arteriosa è del 60,5% nei soggetti dai 65 e 74 anni, del 79% sopra gli 85 anni. Il 50% degli ipertesi presenta almeno un'altra patologia cronica: cardiopatia, diabete, dislipidemia. Il 46,2% dei diabetici presenta in media

almeno 3 condizioni croniche, nella fascia d'età >75 anni tale percentuale aumenta a 61%. La demenza ha una prevalenza sopra i 65 anni del 52,2%.

Tramite il sistema ACG (93 categorie) è possibile dividere la popolazione in 6 gruppi omogenei in base al consumo atteso di risorse assistenziali o *Resource Utilization Bands* (RUBs):

0- nessuna diagnosi, nessun costo,
1- utilizzatori sani,
2- basso consumo di risorse,
3- moderato consumo di risorse,
4- alto consumo di risorse,
5- molto alto consumo di risorse [16].

I costi mappati da ACG corrispondono a circa il 60% del Fondo Sanitario Regionale. Nel calcolo non sono considerati i costi per la non autosufficienza ed altre prestazioni (es. assistenza protesica, integrativa, farmaci nelle residenze sanitarie). Come si evince dal Piano Socio Sanitario 2019-2023, la piramide del rischio costruita usando il sistema ACG (figura 2), definisce le dimensioni dei RUB correlandoli ai bisogni assistenziali e agli specifici setting assistenziali.

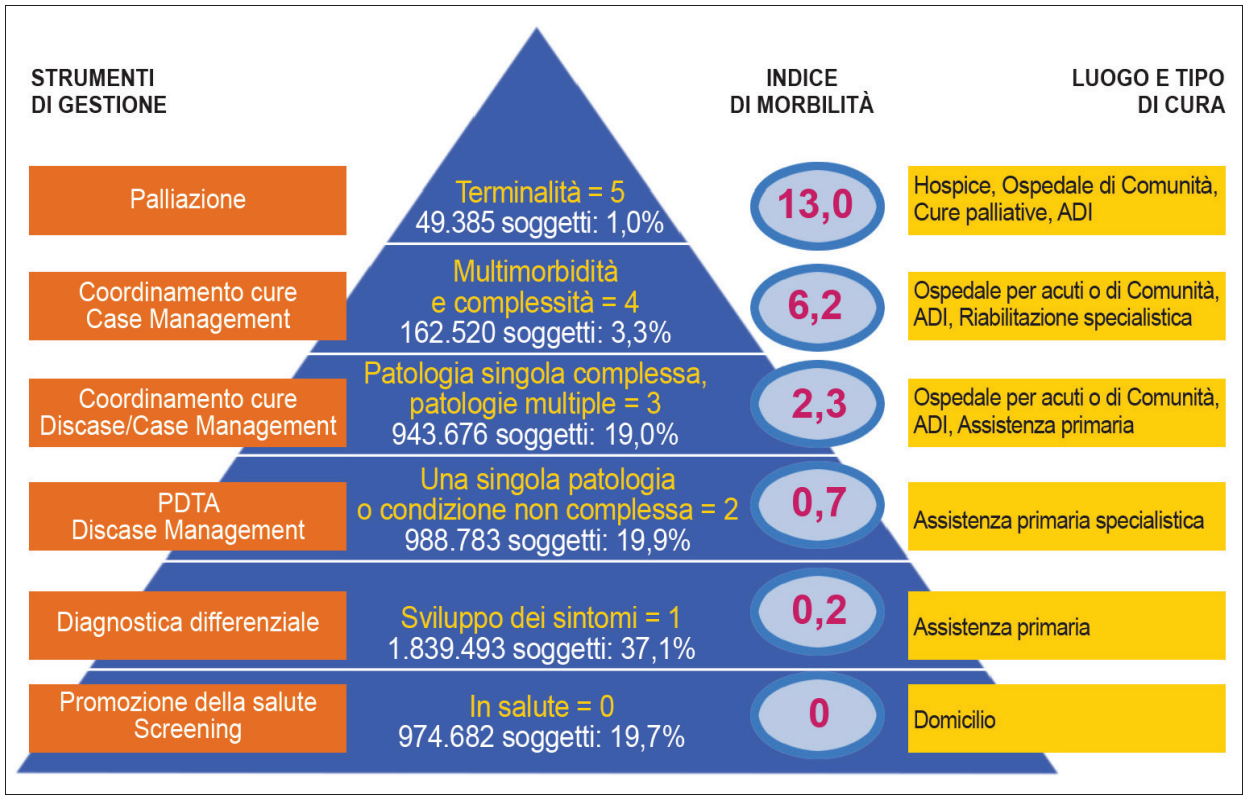


Figura 2. Piramide del rischio (case mix della popolazione) e indice di morbilità, Veneto, 2015.

La maggior parte della popolazione (76,7%) si distribuisce nella parte bassa della piramide (prime 3 categorie), ma utilizza solo una piccola parte delle

risorse mappate dal sistema ACG, mentre i soggetti nella parte alta (23,3%) assorbono la maggior parte dei costi.

La parte più alta della piramide, RUB 4-5, corrisponde al 5% della popolazione che utilizza il 33% delle risorse sanitarie e, se a queste si sommano i costi della residenzialità extra ospedaliera, complessivamente si stima che usufruisca di circa il 50% dei costi sanitari totali. Queste due fasce corrispondono a circa 135.000 persone assistite a domicilio e 24.000 persone in struttura residenziale [16].

Gli anziani ospiti nei Centri di Servizi in Veneto sono raggruppati perlopiù nei RUB 4 e 5. Il grafico 7 illustra la distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 12/2014 per patologia prevalente rilevata nell'ultima valutazione multidimensionale e per genere.

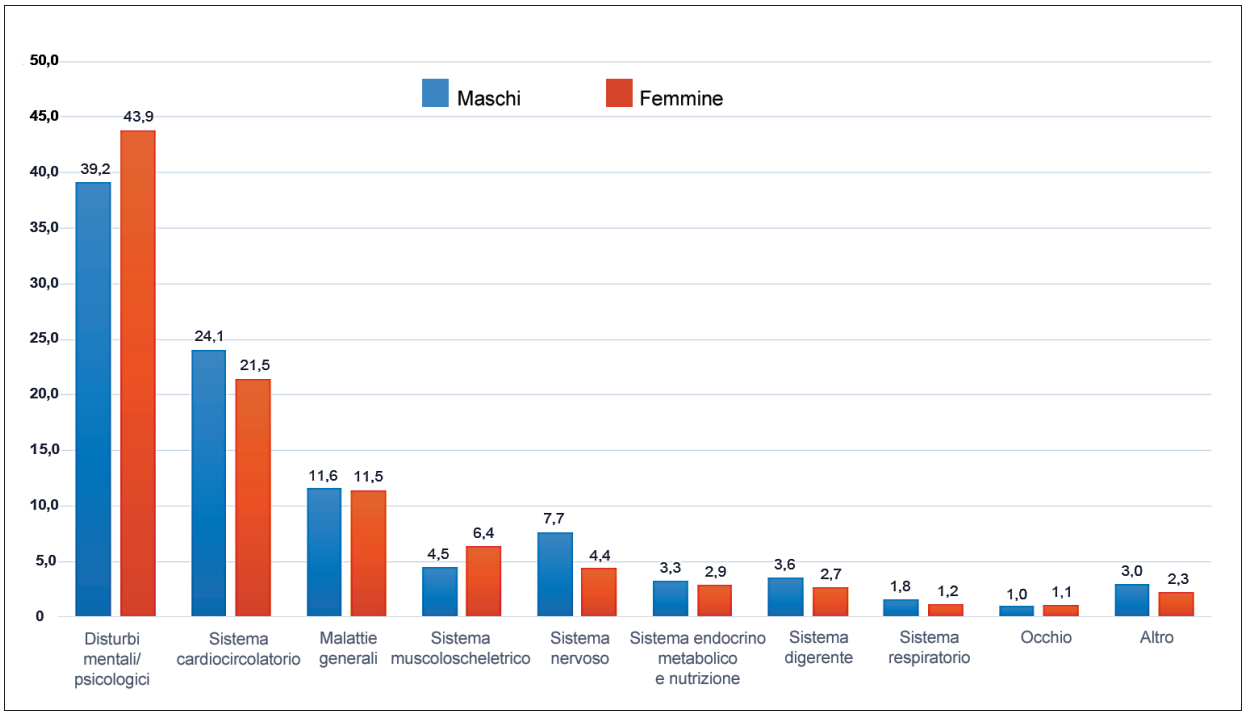


Grafico 7. Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Centri servizi per persone anziane non autosufficienti del Veneto al 12/2014. Fonte: flusso FAR (https://salute.regione.veneto.it/web/aziendazero/flussi-informativi-regionali.

I dati riportati di seguito (grafico 8) riguardano la prevalenza delle patologie principali ricavate dalle schede SVAMA 2016 che sono codificate tramite il sistema ICPC che identifica la patologia tramite lettera seguita da due numeri.

Utilizzando il codice identificativo della patologia ICPC, costituito da lettera seguita da due numeri, risulta che il 44% delle malattie appartiene al gruppo dei disturbi mentali/psicologici (in azzurro i codici P, tra i quali prevale il co-

dice P70 - Demenza senile/Alzheimer in 13.772 casi), il 21% presenta malattie del sistema cardiocircolatorio (codici K, in arancio, tra i quali prevale il K90 - Colpo accidente cardiovascolare in 2.310 casi). Infine, sono stati rilevati 3.472 casi di "A00 - Sindrome ipocinetica", riquadro marrone, che non fornisce tuttavia nessuna informazione sulla malattia.

Le altre patologie riscontrate ma in quote minori sono le malattie del sistema muscolo scheletrico L (color beige), nervoso N (color vinaccia), le patologie del sistema endocrino metabolico e nutrizione T (verde).

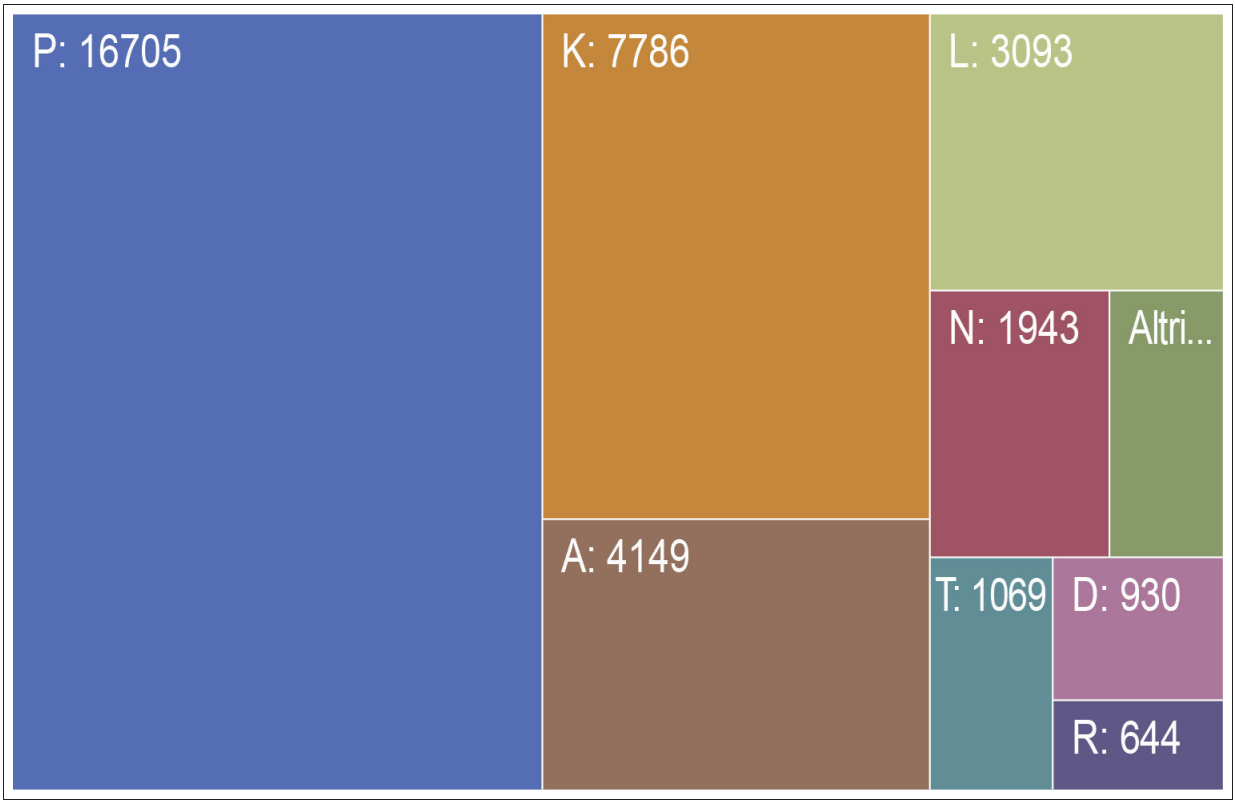


Grafico 8. Le patologie principali (espressa in % sul totale degli utenti) come descritta da SVAMA. Elaborazione ORPSS su flusso FAR 2016.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Veneto 2019-2023 stima che all'incirca 65.000 famiglie ricorreranno all'assistente familiare (badante) per un equivalente economico annuale di circa 780 milioni. Mancano ancora servizi per circa 30.000 persone, rispetto al totale di circa 190.000 persone anziane non autosufficienti residenti nel Veneto.

In quest'ottica di suddivisione della popolazione in base all'indice di morbilità, negli ultimi anni il modello organizzativo delle cure venete ha, visto l'ospedale diventare sempre più luogo per la cura della fase acuta del percorso assistenziale con la dotazione di 3,7 posti letto su 1000 abitanti (3/1000 per acuti e 0,7 per riabilitazione) in linea con quanto previsto dagli standard qua-

litativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera del DM 70/2015.

Questi orientamenti naturalmente richiedono che con altrettanta attenzione venga considerata la ridefinizione delle funzioni, la programmazione e la riorganizzazione dei servizi territoriali per la *Long Term Care* comprendenti sia i servizi ambulatoriali che le cure domiciliari sia il complesso delle cure residenziali come gli Ospedali di Comunità, le Unità Riabilitative Territoriali, gli *Hospices*, e le residenze sanitarie assistite nelle diverse tipologie tra le quali hanno una rilevante dimensione le Case di Riposo (o Centri di Servizi).

1.c Dall'*hospitium* ai Centri di Servizi: dai bisogni alla ricerca di risposte delle comunità

L'ospitalità verso il fragile, il solo, l'ammalato, è una tradizione radicata nelle comunità. In occidente, l'*hospitium* dell'antica Roma era una istituzione civile, che concedeva vitto e alloggio all'*hospes*, per prendersi cura poi, nelle prime comunità cristiane, di orfani, ammalati, anziani e pellegrini. Nel Medioevo l'accoglienza è organizzata in conventi, monasteri ma anche in palazzi privati e nel Settecento si diffonde in tutta Europa l'albergo dei poveri.

Nell'Ottocento l'innovazione delle forme di assistenza ricevono forte impulso dagli studi sull'invecchiamento e le sue patologie fra i quali la pubblicazione nel 1896 di Jan Martin Charcot *Leçons cliniques sur le maladies des vieillards et les maladies chroniques*. Nel 1887 a Torino nasce l'*Ospizio Generale di Carità*.

Nel 1899 a Milano apre il *Ricovero per vecchi musicisti*, voluto e finanziato da Giuseppe Verdi.

La geriatria diviene una branca autonoma della medicina (Nasher I.L., *Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment*-1914) e influenza l'emanazione di norme sulle istituzioni di pubblica assistenza determinando i presupposti per la diffusione delle case di riposo nei decenni successivi.

La progettazione di servizi funzionali negli anni Sessanta è fervida soprattutto in Nord Europa e diversificata: all'interno di piccoli edifici con alloggi indipendenti o in grandi complessi che, a differenza dagli ospizi ottocenteschi, sono il più possibile integrati nel tessuto urbano. Ne sono rappresentative le piccole *granny annexes* e le *shelttered houses* in Inghilterra e i mini alloggi o i grandi edifici polifunzionali che dispongono di biblioteche e auditoria per promuovere le relazioni sociali con i visitatori.

Anche in Veneto sono nate fin dall'Ottocento diverse strutture sia all'interno del mondo cattolico su iniziativa di parroci o laici per un afflato verso

l'uomo in stato di bisogno, ma anche per iniziativa di privati; con gli anni sono stati spesso i Comuni a dare vita a istituzioni pubbliche con diverse tipologie di gestioni.

Negli ultimi anni sono proliferate numerose varianti delle residenze per anziani che, oltre alla casa di riposo, prevedono le case albergo, le comunità alloggio, le case protette, le residenze sanitarie assistite distinte in base al grado di autosufficienza dell'anziano.

1.d. La Normativa nazionale e veneta di riferimento sulla residenzialità per anziani

Il quadro normativo nazionale che riguarda la residenzialità territoriale per l'anziano si presenta come un insieme temporale di provvedimenti non sistematici. La storia istituzionale recente dei Centri Servizi inizia formalmente con la legge finanziaria del 1988 (*Legge 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20, c. 1 e 2, lett. f*) che approva il piano decennale di interventi di realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali "per anziani che non possono essere assistiti a domicilio" che "possono essere ricavate anche presso aree e spazi resisi disponibili dalla riduzione dei posti-letto ospedalieri".

I requisiti delle RSA sono sanciti un anno dopo nel *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22.12.1989* (Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali).

In un momento successivo (1991), sono introdotte delle significative novità grazie alla collaborazione fra il Ministero della Sanità e i Sindacati confederali dei pensionati con le "Linee di indirizzo alle Regioni e alle ULSS nell'attuazione delle risoluzioni parlamentari e del Progetto Obiettivo di Tutela della Salute degli Anziani" [17].

Infatti, per la prima volta, sono inclusi nella residenzialità extraospedaliera anche ospiti autosufficienti. Dal gruppo di lavoro scaturiscono alcuni capisaldi: l'RSA è una struttura che integra i servizi sanitari e socio-assistenziali ed è inserita nel contesto dei sevizi territoriali, con una dotazione standard di personale per i 60 ospiti (massimo numero di ospiti per struttura). Una parte dei posti residenziali sono destinati al privato sociale convenzionato. Si prevede che una unità valutativa geriatrica stabilisca l'accesso alla struttura da parte dell'ospite, che partecipa alla spesa alberghiera in base al reddito. È prevista inoltre l'istituzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata e l'Ospedalizzazione domiciliare.

Tuttavia, nel *Progetto obiettivo: Tutela della salute degli anziani* ci sono alcuni elementi di ambiguità sia riguardo la tipologia di ospite delle RSA, anziani e non autosufficienti, sia per il ruolo del medico di MMG come curante all'interno della RSA [18].

Le *Linee guida ministeriali* n. 1/1994 del 30.3.1994 relative agli "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali" indicano le tariffe sanitarie e alberghiere. L'RSA è riconosciuta come una struttura propria del SNN di tipo extraospedaliero che fa parte dei servizi territoriali di primo livello, nella quale si realizza un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Le prestazioni di medicina generale e le attività infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali.

La RSA si differenzia dalla "struttura di riabilitazione" per la minore intensità delle cure sanitarie e peri tempi più prolungati di permanenza degli assistiti che, in relazione al loro stato psico-fisico, possono trovare nella stessa anche ospitalità permanente.

Il *Decreto del Presidente della Repubblica* del 14.1.1997 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio di attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), riprendendo il D.P.C.M. del dicembre 1989, definisce i requisiti minimi strutturali-tecnologici-amministrativi indispensabili delle RSA per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività. Alle regioni spetta recepire tali requisiti, anche con modificazioni, e disciplinare le autorizzazioni.

Invece, l'accreditamento con la remunerazione, da parte del SSN dei posti letto nelle strutture autorizzate richiede ulteriori requisiti. Solo qualche anno dopo i parametri ISEE sono presi come riferimento per la determinazione dei criteri di partecipazione degli ospiti alla spesa per la parte relativa all'assistenza alberghiera e sociale [19].

Un'ulteriore puntualizzazione riguardo alla spesa si ritrova nei LEA del 2001 dove si precisa che il 50% dei costi relativi a prestazioni di cura e recupero funzionale delle abilità per anziani e per persone non autosufficienti in regime residenziale e semiresidenziale (incluso sollievo) sono a carico dell'Ospite dell'RSA o del Comune [20]. Numerosi atti deliberativi della Regione Veneto definiscono nel corso del primo decennio 2000 l'organizzazione delle cure agli anziani non autosufficienti delineando due principali ambiti di servizi: la residenzialità e la domiciliarità (Allegato 1).

I servizi di residenzialità comprendono tre tipologie: l'ingresso solitamente definitivo in una struttura residenziale, i ricoveri per stati vegetativi permanen-

ti (SVP) e i centri per la riabilitazione. Questi ultimi però sono da considerarsi come servizi temporanei di assistenza intermedi tra residenzialità e domiciliarità in quanto rispondono ad un bisogno specifico che tra l'altro può non essere legato all'invecchiamento.

Nella categoria dei servizi per la domiciliarità rientrano sei tipologie di assistenza: le *Impegnative di Cura Domiciliare* (ICD), [21] i programmi di *Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI), i *Servizi di Assistenza Domiciliare* (SAD), gli *Interventi di Sollievo*, il *Centro Diurno*, le *Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer* (SAPA).

1.e I numeri della residenzialità per anziani in Italia, in Veneto e a Verona

La ricognizione sulla evoluzione storica dell'offerta delle varie tipologie di ospitalità residenziale sconta, in Italia, vari limiti evidenziati da una ricerca di AUSER di pochi anni fa [22]. Secondo i dati ISTAT 2015, i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari dispongono di 390.689 posti letto. Oltre i 2/3 dei posti letto complessivi (75,2%) sono ubicati in presidi residenziali di tipo socio-sanitario. L'offerta di posti letto è fortemente squilibrata sul territorio nazionale: nel Nord son presenti il 64% dei posti letto totali. Le persone assistite con più di 65 anni sono circa 288 mila (75,2%) [23].

In Veneto il mondo dei Centri di Servizi per gli anziani è costituito da strutture pubbliche e private. La regione Veneto riconosce un numero definito di posti letto "autorizzati" per il Centro Servizi e di questi una quota variabile può essere "accreditata", ossia, può ospitare pazienti con "impegnativa di residenzialità". L'impegnativa di residenzialità è un'indennità regionale rilasciata al cittadino dall'Azienda ULSS, che copre il costo dell'assistenza socio-sanitaria ma non dell'assistenza "alberghiera" che è sempre a carico dell'ospite o del comune di residenza [24].

Ogni Azienda ULSS del Veneto ha a disposizione un numero programmato dalla Regione di impegnative che vengono assegnate ai cittadini sulla base di una graduatoria definita in sede di UVMD con la scheda SVAMA [25].

Per ottenere l'accesso con impegnativa al Centro di Servizi è necessario un punteggio minimo di 60 punti ottenuto da calcoli complessi e specifici espressi dalla scheda SVAMA, che tengono in considerazione, trasformandoli in punti percentuali da 0 a 100, le condizioni di dipendenza in cui le persone vengono a trovarsi a causa della propria situazione sociale e sanitaria, anche in considerazione dei diversi aspetti della condizione personale.

Il punteggio SVAMA definisce una graduatoria per l'accesso con impegnativa ai posti letto nei Centri di Servizi gestita dalle varie ULSS per i propri cit-

tadini residenti. L'impegnativa consente al cittadino la possibilità di scegliere il Centro di Servizi con i limiti delle disponibilità. Le impegnative si distinguono in impegnative di primo e secondo livello [26] sulla base di 17 "profili" definiti attraverso la scheda SVAMA.

Il primo livello corrisponde ad una intensità di assistenza sanitaria definita "ridotta" e "minima" e viene identificato da profili SVAMA dal 2 al 13 e comprende il 16 (pazienti lucidi o confusi, deambulanti o allettati con problemi di salute di grado diverso); il secondo livello corrisponde ad una intensità di assistenza sanitaria definita "media" codificata da un profilo SVAMA 14, 15 e 17 (pazienti con vari problemi di salute rilevanti e/o problemi comportamentali).

I pazienti con impegnative di secondo livello (media intensità) possono essere inseriti in Centri di Servizi con una disponibilità complessiva di posti letto non inferiore a 60, che assicurino assistenza sanitaria nell'arco delle 24 ore [23].

L'*impegnativa*, cioè la quota sanitaria, ha un valore giornaliero di 49 euro per il primo livello e di 56 euro per il secondo livello. Secondo la normativa vigente in Veneto la dotazione di posti letto di secondo livello non deve superare il 25% dei posti letto complessivi [23,24].

In totale nel Veneto ci sono 31.942 posti letto autorizzati nei Centri Servizi veneti, dei quali 15.724 in strutture pubbliche (49%) e 16.218 in strutture private (51%) (tabella 1).

	N. posti letto autorizzati	Impegnative emesse anno 2017
Strutture Pubbliche	15.724	
Strutture Private	16.218	
Totale	**31.942**	**24.267**

Tabella 1. Numero posti nei Centri Servizi del Veneto ripartiti in strutture pubbliche e private (anno 2017). Fonte: dati Regione Veneto Residenzialità extraospedaliera.

La presenza media giornaliera è di 29.500 utenti. Nel 2017 il totale delle persone utilizzatrici di impegnative sanitarie di 1° e 2° livello erogate dalla regione sono state 29.799, di cui 24.000 per il 1° livello e 5.799 per il 2° livello.

I posti non utilizzati da ospiti con impegnativa (ospiti fuori convenzione) possono essere utilizzati per ospiti che pagano l'intera tariffa sia alberghiera che socio-sanitaria.

In provincia di Verona sono attivi 82 Centri di Servizi convenzionati con l'ULSS 9 Scaligera, alcuni con più di un istituto. Nei Centri di Servizi di 1° e 2° livello, inclusi i Religiosi, sono autorizzati 5516 posti letto, 5309 dei quali sono

posti letto accreditati (Fonte: Anagrafica Unità di Offerta, Regione Veneto, dati aggiornati giugno 2018, *http://extraospedaliero.regione.veneto.it/area-anziani/anagrafica-udo*).

Gli utenti dei Centri di Servizi di 1° e 2° livello, inclusi i religiosi, (n. 203) valutati con SVAMA nel 2017 sono stati 5453 (tabella 2) [8].

Tipologia dell'offerta		Numero strutture	Posti AUT	Posti ACC
1° livello	Privato	50	2321	2309
	Pubblico	28	1909	1808
	Totale	**78**	**4230**	**4117**
2° livello	Privato	19	573	569
	Pubblico	13	382	374
	Totale	32	955	943
Autosufficienti	Privato	24	234	0
	Pubblico	12	46	24
	Totale	**36**	**280**	**24**
Centro diurno anziani	Privato	14	171	154
	Pubblico	10	100	100
	Totale	**24**	**271**	**254**
Comunità alloggio	Privato	3	0	0
	Pubblico	0	0	0
	Totale	**3**	**0**	**0**
Religiosi 1° liv.	Privato	7	331	249
	Pubblico	0	0	0
	Totale	**7**	**331**	**249**
SAPA	Privato	1	0	0
	Pubblico	1	10	10
	Totale	**2**	**10**	**10**
SVP	Privato	2	18	18
	Pubblico	3	11	11
	Totale	**5**	**29**	**29**
Totale	Privato	120	3648	3299
	Pubblico	67	2458	2327
	Generale	**187**	**6106**	**5626**

Tabella 2. Utenti dei centri di servizi suddivisi per unità di offerta.

I Centri Servizi di 1° e 2° livello sono la tipologia di offerta più numerosa (tabella 3), dalla Mappa 1 è possibile consultare le singole unità di offerta.

Tipologia dell'offerta		Numero strutture	Posti AUT	Posti ACC
1° livello	Privato	76	3225	3127
	Pubblico	41	2291	2182
	Generale	**117**	**5516**	**5309**

Tabella 3. Ripartizione dei centri di servizi veronesi di 1° e 2° livello in strutture pubbliche e private.

I Centri di Servizi sono localizzati in 57 dei 98 comuni della provincia di Verona, dai piccoli comuni di montagna al centro città, a testimoniare una realtà che si è strutturata nel tempo con l'obiettivo di ospitare gli anziani possibilmente all'interno delle proprie comunità.

Mappa 1. Mappa interattiva dei Centri Servizi di 1° e 2° livello, aggiornata al giugno 2018. Consultabile al link: https://www.fimmgverona.org/centri-servizi-aulss-9-scaligera/). Fonte: Anagrafica Unità di Offerta, Regione Veneto, http://extraospedaliero.regione.veneto.it/area-anziani/anagrafica-udo.

La tradizione delle Case di Riposo è antica e diffusa particolarmente nell'est Veronese dove quasi ogni paese ne ha una propria come risultato spesso di lasciti di Opere Pie e comunque in qualche modo di enti religiosi che poi in parte sono stati rilevati dai comuni o dalle fondazioni.

Il Centro di Servizi a volte è anche il maggiore ente economico e di impiego lavorativo di un comune saldandone ancor di più il rapporto con il territorio.

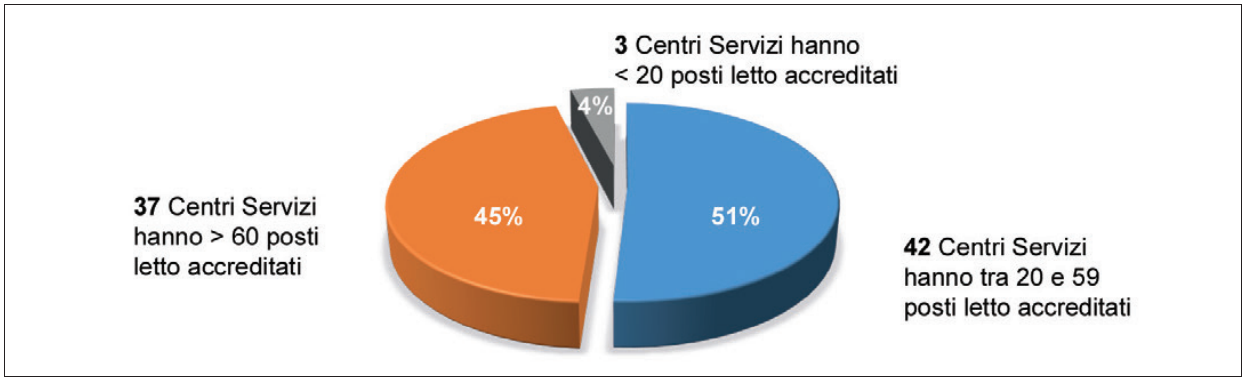


Grafico 9. Posti letto accreditati, ripartizione tra i Centri Servizi veronesi.

I Centri di Servizi, grandi e piccoli, offrono un numero molto variabile di posti accreditati che va da 12 a 237: in particolare, 3 Centri di Servizi hanno meno di 20 posti letto complessivi tra autorizzati e accreditati, 42 ne hanno tra 20 e 59, e 37 ne offrono più di 60 (grafico 9).

1.f L'assistenza medica nei Centri di Servizi in Veneto

Nel Veneto, come in altre Regioni, l'assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi è stata storicamente garantita dalle ULSS, riconoscendola come ambito delle cure sanitarie pertinenti al Servizio Sanitario Regionale, avvalendosi di specifiche convenzioni con gli Enti erogatori autorizzati e accreditati, e affidandola ai medici di Assistenza Primaria convenzionati con il SSN in quel territorio.

I presupposti normativi si basano sulla legge 833/78 che per l'assistenza medica di base extraospedaliera prevede che le cure siano erogate da liberi professionisti convenzionati, remunerati a quota capitaria su libera scelta del cittadino, sugli *Accordi Collettivi Nazionali* (ACN) per la medicina generale e sugli accordi integrativi regionali. Fino al 2017 l'assistenza medica era regolata dalla DGR n. 3856 del 3.12.2004.

L'*Accordo Regionale Veneto* del 2005 in attuazione dell'ACN (DGRV 4395/2005), tutt'ora in vigore, prevede che l'assistenza programmata di ospiti non autosufficienti in Case di Riposo, RSA ed altre strutture protette "è compito del Medico di Assistenza Primaria, che la effettua come competenza inscindibile dai compiti attribuitigli dall'ACN, per gli assistiti iscritti".

L'assistenza medica nei centri di servizi veneti nel 2017 è stata garantita da n. 602 medici che per il 89.7% sono MMG. Come illustra la tabella 4, dal 2016 al 2017 vi è stata una riduzione complessiva del numero di medici che operano nei CS e in particolare dei MMG (-5,9%).

Nel corso degli ultimi anni, contestualmente al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, con il suo prolungamento al 2018, e poi con il nuovo Piano Socio Sanitario 2019-23, è divenuta di primaria rilevanza e urgenza la necessità di riorganizzare le Cure Territoriali nel loro complesso.

	N. medici anno 2016	N. medici anno 2017
MMG	574 (90,4%)	540 (89,7%)
Medico dipendente ULSS	1 (0,2%)	1 (0,2%)
Medico di Continuità Assistenziale	26 (4,1%)	31 (5,1%)
Medico incaricato da CS e rimborsato da ULSS	16 (2,5%)	15 (2,5%)
Medico incaricato da CS e non rimborsato da ULSS	5 (0,8%)	5 (0,8%)
Altre tipologie di medico non specificate	13 (2,0%)	10 (1,7%)
Totale	**635**	**602**

Tabella 4. Assistenza medica nei Centri di Servizi. Fonte dati Regione Veneto.

L'urgenza è determinata dalla rilevanza del peso della cronicità sulla salute delle persone e della necessità di modelli di gestione delle *Long Term Care* nelle varie articolazioni che comprendono in primo luogo la medicina di iniziativa per i malati cronici, la scelta prioritaria per la domiciliarità quando sia possibile, e quindi le varie tipologie di assistenza e cure mediche residenziali nei Centri di Servizi, e negli altri servizi come gli ospedali di comunità, gli *Hospices*, gli SVP e i SAPA, le URT le residenze e i centri diurni per l'handicap.

Il tema dell'assistenza nelle residenze territoriali per i cronici e fragili è diventato incandescente soprattutto per il cambiamento nel ruolo degli ospedali destinati agli acuti e l'aumento della domanda di cure per fragili e malati cronici. L'offerta di cure deve essere sviluppata tenendo conto da un lato dei principi di fondo del SSN che deve garantire i LEA, e dall'altro della sostenibilità del sistema, con le possibili opzioni tra il mantenimento all'interno del sistema pubblico e la tendenza alla esternalizzazione dei servizi se non alla privatizzazione.

Nel corso del 2017-18, per quanto riguarda lo specifico delle cure sanitarie nei Centri di Servizi in Veneto, è stato necessario riproporre da parte medica, anche con forza, un confronto con la Regione, le ULSS e le direzioni dei Centri di Servizi per ribadire e rafforzare la rilevanza delle motivazioni della scelta fatta in passato di considerare compito dell'ULSS garantire questo LEA.

Si è fatta sentire anche in Veneto l'opzione espressa da altre regioni di un ridotto impegno, se non di un sostanziale disimpegno sulle garanzie degli standard di cure sanitarie nei Centri di Servizi, affidando alla discrezionalità delle

Direzioni dei singoli istituti sia il profilo di assistenza che la scelta e la contrattualizzazione del medico. Hanno fatto scalpore sulla stampa alcune gestioni dell'assistenza medica in residenze private per anziani, di altre regioni, affidate a medici neolaureati, con contratti precari, anche di brevissima durata, pagati 1,25 euro/ora [27].

È evidente che a fare scandalo non è tanto la paga dei medici ma la qualità delle cure che possono essere erogate con questi presupposti alle persone con gradi di sofferenza anche estrema come gli ospiti nei Centri di Servizi.

Il confronto tra Regione, Direzioni dei Centri di Servizi e medici è avvenuto contestualmente alla elaborazione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, ed ha avuto momenti di "vivacità" proprio sull'aspetto centrale della garanzia regionale delle cure mediche e quindi sulla convenzione tra ULSS e direzioni dei Centri di Servizi in rapporto all'assistenza sanitaria.

A positiva conclusione di questo dialogo con la DGR 1231 del 14 agosto 2018 è stato ribadito il principio di fondo che "l'assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti presenti nel Centro di Servizi viene assicurata dall'Azienda ULSS in accordo con il rappresentante legale del Centro di Servizi".

La DGR citata ha riconfermato quanto previsto dalla DGR 4395 del 2005 che assegnava l'incarico di cura al Medico di Assistenza Primaria. La scelta del Medico avviene preferibilmente tra i Medici di Assistenza Primaria nell'ambito di un elenco, garantito dall'Azienda ULSS, individuandolo in ordine fra i Medici di Assistenza Primaria, i Medici di Continuità Assistenziale, i Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale (inclusi e non nella graduatoria regionale unica per i Medici di Medicina Generale) e nel caso di non disponibilità ricorrendo a "medici di comprovata esperienza in ambito geriatrico o con specializzazione in medicina interna o fisiatria o altri profili attinenti al ruolo di medico curante".

Il medico scelto firma un contratto di incarico con il Direttore Generale dell'ULSS che prevede i suoi compiti di attività di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione. In particolare:

- prende visione della SVAMA al primo accesso dell'ospite al Centro di Servizi, valuta le condizioni di salute, imposta il piano di cura, attiva il diario clinico e programma il primo incontro informativo con il familiare di riferimento,
- dispone le visite mediche periodiche con cadenza minima mensile e effettua le visite richieste,
- prescrive i farmaci, i dispositivi e i presidi,
- rileva i bisogni di protesi, ortesi o ausili e ne rinvia la prescrizione agli specialisti individuati dall'Azienda ULSS,

• rilascia le certificazioni previste dalla normativa vigente,
• partecipa alla Unità Operativa Interna per la predisposizione dei programmi individuali,
• collabora con il personale per la gestione delle terapie e delle cure senza rapporti gerarchici,
• si rapporta periodicamente con i familiari,
• compila e aggiorna il diario clinico,
• trasmette eventuali flussi informativi richiesti dall'Azienda ULSS,
• si rapporta periodicamente con il medico coordinatore nominato dall'ULSS e con il responsabile del Centro di Servizi,
• partecipa agli eventi formativi promossi dal centro di Servizi.

Il medico incaricato, se medico di assistenza primaria, non può avere in carico più di 60 ospiti, se invece non ha un incarico di assistenza primaria può assistere fino a 120 ospiti.

Il medico curante deve garantire una presenza oraria proporzionale al numero degli ospiti in carico che va da un minimo di 3 ore e 40 minuti la settimana, se ha fino a 10 assistiti, a 22 ore settimanali se ha da 55 a 60 assistiti. Deve ripartire gli accessi su 5 giorni, dal lunedì al venerdì, con una tabella oraria definito.

Nell'arco delle ore è incluso un tempo dedicato al colloquio con i familiari degli ospiti assistiti (DGR 1231/2018, all. A).

Se è incaricato di assistenza un medico di famiglia è vincolato al tetto massimale di assistiti previsto dall'ACN (1500) comprensivo delle scelte sia come medico famiglia che per gli ospiti del Centro di Servizi.

Il rapporto di lavoro configura un rapporto di lavoro autonomo ed ha la durata di un anno, tacitamente rinnovabile. Al termine di ogni anno contrattuale il Rappresentante Legale del Centro di Servizi deve obbligatoriamente trasmettere al Direttore Generale dell'Azienda ULSS una relazione sull'operato professionale del singolo medico. La valutazione considera i seguenti aspetti:
• relazioni con i familiari degli ospiti,
• integrazione con l'Unità Operativa Interna (UOI),
• relazioni con i colleghi curanti, con la Direzione e con il medico coordinatore nominato dall'ULSS,
• rispetto degli orari,
• rispetto dei riferimenti operativi stabiliti in sede di UOI,
• rispetto degli obiettivi di appropriatezza.

Il Direttore Generale dell'ULSS, su richiesta del Rappresentante Legale dell'Ente, per comprovati motivi, sentito il medico coordinatore nominato

dall'ULSS, e acquisite le controdeduzioni del medico incaricato, può disporre la risoluzione anticipata dell'incarico e nominare un altro medico.

Nel marzo 2019 i Medici con incarico definitivo nei Centri di Servizi veronesi erano 83. In alcuni Centri di Servizi operano medici con incarichi provvisori anche per la difficoltà di reperire tempestivamente nuovi incaricati in sostituzione dei pensionati. I Medici incaricati assistono in media 40 ospiti ciascuno, ma con una variabilità da 10 a 70, con un corrispondente impegno orario settimanale da 25 ore a 3,4 ore e una media di 15,4 ore (fonte dati ULSS 9, marzo 2019).

Nella convenzione stipulata dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS con le direzioni dei Centri di Servizi è prevista anche la nomina da parte dell'ULSS di un medico coordinatore individuato tra i propri dirigenti medici "a garanzia degli impegni e degli obblighi reciprocamente assunti dalle parti".

Le funzioni del medico coordinatore riguardano:

- il rispetto dei progetti assistenziali elaborati dalla UVMD e tradotti successivamente nei PAI,
- l'attivazione dei protocolli di assistenza ai nuovi ospiti,
- la partecipazione alle Unità Operative Interne,
- la garanzia del rispetto degli impegni di assistenza dei medici curanti con la verifica periodica dei diari clinici, la loro partecipazione alle Unità Operative Interne,
- il rispetto delle prestazioni specialistiche,
- la corretta fornitura dei farmaci, dei prodotti nutrizionali, dei presidi e degli ausili,
- la gestione delle criticità nella gestione degli ospiti
- la verifica della carta dei servizi.

La DGR 1231/2018, considerato l'aumento degli accessi al Centro di Servizi di ospiti non autosufficienti senza impegnativa di residenzialità, pur essendo riconosciuti non autosufficienti con punteggio elevato, demanda alle ULSS le modalità per riconoscere anche a loro l'assistenza medica colmando, almeno in parte, una precedente criticità grave che faceva ricadere su queste persone anche il costo dell'assistenza medica di cui hanno assoluto bisogno, oltre che quello della residenzialità.

2. Gli utenti dei Centri di Servizi della provincia di Verona: ingressi e durata delle cure

Una parte delle ricerche sui Centri di Servizi Veronesi è stata condotta attraverso l'analisi dei dati regionali sulle schede SVAMA e su dati del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ULSS 9 Scaligera all'interno di uno studio approvato dal Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica delle province di Verona e Rovigo dal titolo *Studio osservazionale retrospettivo multicentrico per la valutazione della necessità di nuovi supporti organizzativi e formativi per i Medici di Medicina Generale che effettuano assistenza sanitaria nelle RSA dell'AULSS 9 Scaligera della Provincia di Verona* (Delibera DG n. 540/2018).

Parte della ricerca è stata oggetto di una tesi di diploma nella Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale [9].

Le schede SVAMA esprimono le valutazioni dei bisogni di assistenza sia per la domiciliarità in ADIMED che per le cure residenziali extraospedaliere, nelle varie tipologie di servizi, emerse dalle UVMD (*Unità di Valutazione Multidimensionale*). In questo studio vengono analizzate le schede SVAMA relative alle sole cure residenziali nella provincia di Verona.

Le schede SVAMA, e l'apertura e chiusura delle impegnative di assistenza sanitaria, sono una fonte dati per valutare la numerosità degli ingressi e la durata delle cure nei Centri di Servizi.

	2016			2017		
Fasce di età	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine
0-64	97	44	141	98	55	153
65-74	338	306	644	324	330	654
75-84	765	1423	2188	836	1378	2214
85	879	3736	4615	930	3987	4917
Totali	2079	5509	7588	2188	5750	7938
Tot. over 65	**1982**	**5465**	**7447**	**2090**	**5695**	**7785**

Tabella 5. Ospiti con almeno un giorno di presa in carico, suddivisi per anno, sesso e fasce di età (tutte le tipologie di servizi).

Nelle tabelle sono riportati i dati ricavati dalle schede SVAMA della Regione Veneto relative sia alle varie tipologie di servizi residenziali che allo specifico dei Centri di Servizi di 1° e 2° livello dell'intera provincia di Verona per gli anni 2016 e 2017. Alcuni dati sulla durata e chiusura delle impegnative emersi dalle SVAMA sono stati confrontati con altri lavori originali condotti all'interno di alcuni Centri di Servizi di 1° e 2°livello oggetto di altre tesi di diploma [28, 31].

Nel 2016 il numero di persone con almeno un giorno di presa in carico (in tutte le tipologie di servizi, non solo nei Centri di Servizi per anziani) è stato di 7.588 persone (tabella 6).

	Ospiti 2016		Ospiti 2017	
	N.	%	N.	%
Con impegnativa	5945	78,35	5935	74,77
Senza impegnativa	1643	21,65	2003	25,23
Totali	**7588**	**100**	**7938**	**100**

Tabella 6. Gli ospiti nelle varie tipologie di Servizi e le impegnative di residenzialità anni 2016-17.

Circa il 60% degli ospiti ha più di 85 anni e sono per la maggior parte donne (il 72%). Sul totale degli ospiti il 5.945 aveva impegnativa sanitaria di residenzialità e 1.643 erano senza impegnativa, e quindi con costi totali a carico della famiglia; nel 2017 su 7.938 ospiti totali 2003 erano senza impegnativa.

Nei due anni c'è stato quindi un aumento del numero complessivo di ospiti senza impegnativa di assistenza sanitaria dal 21,6% al 25,2% del totale.

La tabella 7 descrive 6025 SVAMA relative ad alcune tipologie di istituti per il 2017 ed evidenzia che 352 persone a Verona avevano una valutazione SVAMA con richiesta di assistenza in una struttura, ma erano "in attesa di ingresso".

Tipo di utente	
In attesa di ingresso	352
1° livello	4344
2° livello	906
SAPA	1
SVP	13
CD per non autosufficienti	200
Religiosi (1° liv.)	203
Casa per autosufficienti	6
Totale	6025
Totale 1° e 2° livello	**5453**

Tabella 7. Tipologia di SVAMA e utenti a Verona nel 2017.

La causa più probabile potrebbe essere la mancanza di posti per convenzionati, ma non è rara la rinuncia del paziente o della famiglia ad accedere per i costi della retta totale, ma talvolta anche a rinunciare anche alla convenzione per il costo della retta "alberghiera" di qualche istituto.

Una analisi sul trend degli ingressi in Centri di Servizi di 1° e 2° livello su un periodo più lungo (dal 2012 al 2018), per confrontare le entrate in convenzione e fuori convenzione , nelle sedi "al Parco" e "Loro" dell'Istituto Assistenza Anziani di Verona conferma una tendenza all'aumento dei pazienti senza impegnativa (grafico 10) [28].

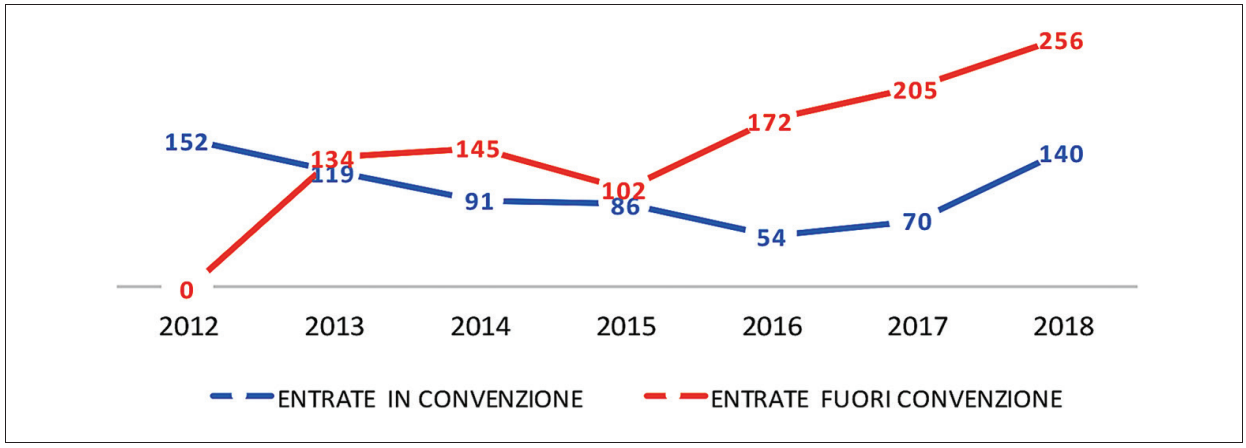


Grafico 10. Entrate IAA 2012. 1° semestre 2018 e proiezione.

Questo sembra evidenziare una tendenza all'aumento della modalità di ingresso "senza convenzione" per percentuali di ospiti che nel 2018 superano il 64% del totale. Il dato potrebbe indicare che sono in aumento le persone con bisogni di assistenza residenziale "in acuto" che in una prima fase vengono ospitate con retta a totale carico della famiglia, per passare in convenzione in tempi successivi. Questa ipotesi, tuttavia, va presa con cautela poiché non abbiamo studi analoghi per gli altri Centri di Servizi, e potrebbe dipendere da una particolare disponibilità dell'IAA ad accogliere ospiti senza impegnativa di residenzialità. Nelle analisi successive vengono presentati dei dati relativi alla durata della permanenza nei Centri di Servizi e sui motivi di chiusura delle impegnative di residenzialità.

La tabella 8 descrive le cause di chiusura delle impegnative per persone titolari di oltre 65 anni ospiti nei Centri di Servizi di 1° e 2° livello nel 2016 e 2017.

Dall'analisi delle SVAMA dei 5.453 ospiti di 1° e 2° livello over 65 anni con almeno 1 giorno di presa in carico nei Centri di Servizi nel 2017, risulta che sono state chiuse 1.716 impegnative: 186 (10,8%) per rientro a domicilio e 1.438 (83,8%) per decesso.

	Impegnative chiuse nel 2016 >=65 anni	Impegnative chiuse nel 2017 >=65 anni
Rientro domicilio senza assistenza	173	188
Rientro domicilio con assistenza	2	0
Trasferimento a Hospice/altra struttura	18	29
Emissione nuova IDR	2	2
Decesso	1434	1438
Altro	89	59
Impegnative totali chiuse	**1718**	**1716**

Permanenza dall'ingresso	N.	%		N.	%	
1-30 giorni	220	12,81	52,17%	239	13,93	50,00%
Da 1 a 3 mesi	354	20,61		310	18,07	
Da 3 a 6 mesi	159	9,25		145	8,45	
Da 6 12 mesi	163	9,49		159	9,27	
Da 1 a 2 anni	219	12,75	47,83%	221	12,88	50,00%
Da 2 a 4 anni	261	15,19		286	16,67	
Più di 4 anni	342	19,91		356	20,75	
Impegnative totali chiuse	**1718**	**100**	**100,00%**	**1716**	**100**	**100,00%**
Singole SVAMA di ospiti di 1° e 2° livello analizzate		**5826**			**5726**	

Tabella 8. Cause di chiusura delle impegnative nel 2016 e 2017, permanenza dell'utente dall'ingresso in struttura.

Si evidenzia che una parte degli ospiti non trascurabile rientra a domicilio verosimilmente perché ospiti in "sollievo", oppure in "post-acuto" senza impegnativa di assistenza sanitaria che hanno "recuperato" e potevano riprendere l'assistenza domiciliare, oppure, una parte minore, anche per rinuncia al posto definitivo in Centro di Servizi.

Nell'anno 2017 è deceduto il 27% degli ospiti titolari di impegnativa. Solo 29 ospiti dei Centri di Servizi in fase terminale (il 2% dei deceduti) sono stati trasferiti in *Hospice* o altre strutture. Il 49,7% della chiusura delle impegnative è avvenuto entro un anno dall'ingresso.

Decessi <= 65 anni nel 2017			
Tipologia di ospite	N. Residenti	Decessi	%
1° livello (inclusi religiosi)	4868	1158	23,79
2° livello	858	280	32,63
1° e 2° livello	**5726**	**1438**	**25,11**

Tabella 9. Ospiti dei Centri di Servizi deceduti nel 2017.

La tabella 9, che include anche gli ospiti in convenzione di strutture per religiosi, descrive il tasso di mortalità nel 2017 distinti tra primo e secondo livello. In un anno muore circa il 25% degli ospiti: il 24% degli ospiti di primo livello e il 33% dei pazienti di secondo livello.

La tabella 10 sembra indicare che il 5,62% degli ospiti muore entro tre mesi dall'ingresso, il 10,36% entro un anno.

Nella tabella 11 si nota che il 22,39% dei deceduti totali del 2017 erano ospiti dei centri servizi da meno di 3 mesi, il 55,91% ospiti da meno di 2 anni.

	Decessi Residenti di 1° e 2° Livello >= 65 anni nel 2017	
	N. decessi dall'ingresso	Percentuale dei residenti deceduti
Entro 3 mesi	322	5,62
Entro 1 anno	593	10,36
Entro 2 anni	806	14,08
Entro 4 anni	1438	25,11
SVAMA analizzate	**5726**	

Tabella 10. I decessi nei Centri di Servizi di 1° e 2° livello in relazione alla permanenza nel 2017.

Ci si può chiedere perché questo aumento degli ingressi di ospiti anche senza convenzione. I dati sembrano suggerire che a determinare l'urgenza dell'ingresso è la gravità delle condizioni di salute documentata dal tasso di mortalità del 22,39% a 3 mesi dall'entrata in struttura.

Decessi <= 65 anni nel 2017					
Permanenza dall'ingresso	N. decessi	%	%	%	%
Meno di un mese	170	11,82	22,39	41,24	55,91
Da 1 a 3 mesi	152	10,57			
Da 3 mesi a 1 anno	271	18,85			
Da 1 a 2 anni	211	14,67			
Da 2 a 4 anni	279	19,40			44,09
Oltre 4 anni	355	24,69			
Totale	**1438**	**100**			**100**

Tabella 11. Composizione del campione dei deceduti nel 2017 rispetto al tempo di ingresso nel Centro di Servizi.

Uno studio di particolare sui decessi nell'Istituto Assistenza Anziani di Verona dal 2012 al 2018 [27] evidenzia che il decesso è più frequente per gli ospiti che entrano fuori convenzione rispetto a chi entra in convenzione (con impegnativa di residenzialità): nel primo anno dall'ingresso muore il 34,4% degli

ospiti senza impegnativa e il 31,6% del gruppo con impegnativa. Nel primo mese dall'ingresso si verificano il 56,9% del totale dei decessi dei fuori convenzione rispetto al 48,3% dei convenzionati e al 12° mese il 20,6% dei decessi dei fuori convenzione rispetto al 12,6% dei convenzionati.

Nel periodo 2012-2018 la degenza media degli ospiti in convenzione è stata di 289 giorni rispetto ai 174 giorni di quelli fuori convenzione con una differenza significativa ($p<0,001$ – IC 95%: 59-168).

Lo studio sembra consentire due osservazioni:

1- c'è una domanda crescente di cure sanitarie per problemi acuti-sub acuti da parte di persone in condizioni di estrema criticità che si rivolgono ai Centri di Servizi, provenendo da ospedale per acuti, da Pronto Soccorso, per aggravamenti di condizioni croniche non gestibili a domicilio che non trovano risposte adeguate negli altri servizi del SSR;

2- la risposta a questo tipo di domanda di cure mediche ad alta intensità "in acuto o post-acuto" nei centri di servizi comporta un regime di assistenza sanitaria non regolato da precise indicazioni e non raramente in regime privato con costi a carico delle famiglie.

I dati inducono ulteriori interrogativi sul numero di impegnative di assistenza sanitaria disponibili, sulle modalità e i tempi di assegnazione, sull'adeguamento dei Centri di Servizi a rispondere a bisogni di assistenza sanitaria "in acuto-postacuto", sulla capacità di presa in carico della domiciliarità e sulla programmazione delle altre strutture intermedie del territorio.

Occorre precisare che, la DGR 1231/2018 se da un lato demanda all'Azienda ULSS il costo dell'assistenza sanitaria per gli ospiti "senza impegnativa sanitaria regionale" purché abbiano un punteggio SVAMA superiore a 60, dall'altro non chiarisce di chi debba essere a carico l'assistenza sanitaria alle persone che pur con punteggio SVAMA inferiore a 60 sono non autosufficienti per patologie anche severe.

3. I problemi di salute e i bisogni di cure e assistenza degli ospiti dei Centri di Servizi

I problemi di salute degli ospiti sono stati indagati incrociando dati ottenuti da diverse fonti: le schede regionali SVAMA, i dati sui consumi dei farmaci ottenuti dal servizio farmaceutico (protocollo di ricerca citato sopra, voce bibliografica 9) dell'AULSS 9 Scaligera e alcune ricerche più specifiche condotte dai medici che operano nei centri di servizi veronesi.

Le ricerche ad opera dei medici sono state promosse con diverse modalità.

- Una analisi promossa dal Centro Studi FIMMG Verona [8] con un questionario indirizzato a 89 MMG, dei quali erano disponibili i recapiti, che prestano assistenza nei Centri di Servizi Veronesi sull'attività svolta in un giorno indice, sulle problematiche cliniche, di assistenza, sulle dotazioni di servizi, sull'interazione con gli altri operatori e i parenti degli ospiti, e sui bisogni formativi.
- 5 studi limitati ad alcuni istituti veronesi su problematiche più specifiche: la mortalità [28], la nutrizione [29], l'appropriatezza delle terapie ipolipemizzanti [30], la complessità assistenziale [31], la terapia anticoagulante [32], le infezioni e la terapia antibiotica [32].

3.a Problemi di salute ricavati dalle schede SVAMA

La scheda SVAMA viene redatta per una valutazione interprofessionale (UVMD) in sede distrettuale, ed è finalizzata ad una valutazione multidimensionale dei problemi di salute e dei bisogni di cure e assistenza della persona con l'attribuzione di un punteggio.

I problemi di salute sono valutati sia sulla base di patologie codificate, con la rilevazione dei bisogni di cure (ad esempio per piaghe da decubito, gestione di stomie e cateteri, terapia insulinica ...), la valutazione delle capacità relazionali (udito, articolazione e comprensione del linguaggio, vista ...) e del grado di autonomia. Le patologie sono codificate con il sistema ICPC articolato in 15 categorie: sistema respiratorio, sistema digerente etc, ciascuna comprendente una serie di patologie.

Patologie di sistema rilevate dalle schede SVAMA anno 2017								
	1ª patologia		2ª patologia		3ª patologia		1+2+3 patol.	
Sistema coinvolto	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sistema cardiocircolatorio	1443	26,46	1882	34,51	968	17,75	4293	78,73
Disturbi mentali/psicologici	2310	42,36	920	16,87	537	9,85	3767	69,08
Sistema muscoloscheletrico	512	9,39	645	11,83	532	9,76	1689	30,97
Malattie generali	294	5,39	275	5,04	562	10,31	1131	20,74
Sistema nervoso	290	5,32	296	5,43	148	2,71	734	13,46
Sist. endocrino metab. e nutr.	161	2,95	414	7,59	426	7,81	1001	18,36
Sistema digerente	139	2,55	116	2,13	130	2,38	385	7,06
Sistema respiratorio	93	1,71	427	7,83	133	2,44	653	11,98
Sistema urinario	60	1,10	205	3,76	292	5,35	557	10,21
Occhio	53	0,97	79	1,45	82	1,50	214	3,92
Sangue/linfatici/milza	38	0,70	44	0,81	32	0,59	114	2,09
Sistema genitale femminile	17	0,31	26	0,48	40	0,73	83	1,52
Orecchio	12	0,22	31	0,57	54	0,99	97	1,78
Cute e annessi	11	0,20	24	0,44	53	0,97	88	1,61
Sistema genitale maschile	8	0,15	16	0,29	12	0,22	36	0,66
Patologie non codificate	12	0,22	51	0,94	1	0,02		
Patologie non presenti	0	0,00	2	0,04	1451	26,61		
SVAMA con patologia presente	**5453**	**100,00**	**5451**	**99.96**	**4002**	**73,39**		
SVAMA analizzate (anno 2017)	**5453**							

Tabella 12. Le patologie di Sistema rilevate dalle schede SVAMA anno 2017.

Le codifiche sono piuttosto generali e non consentono una valutazione clinica. Ad esempio la codifica K 90 (colpo/accidente cerebrovascolare) dell'ictus non consente di distinguere tra un evento in acuto, uno cronico stabilizzato in emiparesi o una evoluzione senza esiti significativi.

Inoltre la scheda SVAMA consente di indicare solo 3 patologie e, poiché il peso delle patologie è relativamente basso ai fini del punteggio, occorre tenere presente che nella compilazione di fatto può essere indicata anche solo una patologia anche in presenza di comorbilità clinicamente importanti.

Con questi presupposti l'analisi delle patologie ottenute dalle schede SVAMA difficilmente può essere un indicatore epidemiologico ma esprime un dato "amministrativo" attendibile e può essere utile per confrontare e integrare dati clinici raccolti "sul campo". Le patologie codificate dalle schede SVAMA dei 5453 ospiti nei Centri Servizi di 1° e 2° livello dell'AULSS 9 Scaligera [9], riportata nella tabella 12, evidenziano che:

- il 78,73% ha una patologia del Sistema Cardiocircolatorio,
- il 69,08% ha un Disturbo mentale/psicologico comprendente sia le Demenze

che i disturbi psichici come depressione e ansia,
• il 30,97% ha una patologia del Sistema Muscoloscheletrico.

Il 99,96% ha due patologie importanti, il 73,39% ne ha tre. Come prima patologia codificata con maggiore frequenza nelle SVAMA risultano i "Disturbi mentali/psicologici" presenti nel 42% degli ospiti (tabella 12) ma se si considerano tutte e tre le patologie rilevate, il sistema maggiormente coinvolto è quello cardiovascolare (78.73%). Anche la tabella 13 che fa riferimento alle codifiche delle singole patologie, evidenzia che la "Demenza senile/Alzheimer" è codificata nel 50% delle SVAMA mentre un gruppo di 6 patologie del sistema cardiocircolatorio coinvolge il 68% degli ospiti [8].

Prevalenza delle singole patologie come rilevate dalle schede SVAMA 2017							
Cod.	**Descrizione patologia**	**1ª patol.**	**2ª patol.**	**3ª patol.**	**N.**	**%**	
P70	Demenza senile/Alzheimer	1949	531	254	2734	50,08	
K87	Ipert. coinvolgente org. bersaglio	276	632	361	1269	23,25	
K76	Altre cardiop. ischemiche/croniche	345	186	76	607	11,12	
K90	Colpo/accidente cerebrovascolare	315	129	49	493	9,03	68,25%
K77	Insufficienza cardiaca	205	203	63	471	8,63	
K78	Fibrillazione atriale/flutter	86	233	126	445	8,15	
K86	Ipertensione non complicata	75	256	107	438	8,02	
A00	Sindrome ipocinetica	172	143	513	828	15,17	
T90	Diabete mellito	135	309	267	711	13,02	
L75	Frattura femore	250	140	62	452	8,28	
R91	Bronchite cronica/bronchiectasie	5	288	7	300	5,50	
U04	Incontinenza urinaria	16	122	212	350	6,41	

Tabella 13. La prevalenza delle singole patologie come rilevate dalle scheda SVAMA 2017.

Un confronto tra il dato ricavabile dalle SVAMA e i dati clinici raccolti "sul campo" sulla prevalenza di Fibrillazione Atriale evidenzia una differenza significativa tra l'8,15% delle SVAMA e il 15% osservato dai medici curanti degli ospiti dell'IAA [31].

3.b Problemi di salute osservati dai MMG attivi nei Centri di Servizi Veronesi

3.b.1 Attività dei medici nei Centri di Servizi

Le ricerche dei medici incaricati di assistenza riportate in questo lavoro sono frutto di alcune tesi di diploma di specializzandi della Scuola di formazione Specifica in Medicina Generale e di una rilevazione più generale, approvata dal Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica di Verona e Rovigo e promossa dal Centro Studi FIMMG Verona.

La ricerca del Centro Studi FIMMG Verona è stata condotta attraverso un questionario inviato nel giugno 2018 ai medici veronesi incaricati nei Centri di Servizi veronesi che era distinto in due sezioni: una prima parte sui dati di salute rilevati nelle visite effettuate agli ospiti in un giorno indice e una seconda parte sugli aspetti professionali e le problematiche assistenziali percepite dai medici [8]. Sono stati invitati a partecipare 89 medici di medicina generale di cui il Centro Studi FIMMG Verona disponeva dei recapiti. Hanno aderito alla rilevazione nel giorno indice e restituito i questionari 55 medici. Sono stati utilizzati per le analisi 43 questionari completi di entrambe le sezioni.

L'età media dei medici è di 61 anni, il 72% sono maschi e il 28% sono femmine, hanno una età media di incarico di 17 anni.

Lo studio ha evidenziato che i MMG partecipanti alla rilevazione assistono complessivamente 2013 ospiti over 65 anni dei Centri di Servizi di Verona, pari al 37% del totale degli anziani che nel 2017 sono entrati in struttura (tipologia 1° - 2° livello) (n. 5453).

Dalle dichiarazioni dei Medici risulta che tra gli assistiti dei Centri di Servizi (n. 2013) l'81% (n. 1626) sono in convenzione e il 19% (n. 387) sono fuori convezione (grafico 11): c'è una differenza anche rilevante tra Centri di Servizi per la numerosità e la proporzione di ospiti con o senza impegnativa di residenzialità con una variabilità di ospiti senza impegnativa sanitaria che va da n. 58 a zero. Ogni medico ha in carico in media 38 ospiti in convenzione, ma con una significativa variabilità di scelte per medico.

Il 61% degli ospiti Fuori Convenzione provengono dal domicilio (n. 121) il 31% da ospedale (n. 26) e l'8% dal Pronto Soccorso (n. 7) (grafico 11).

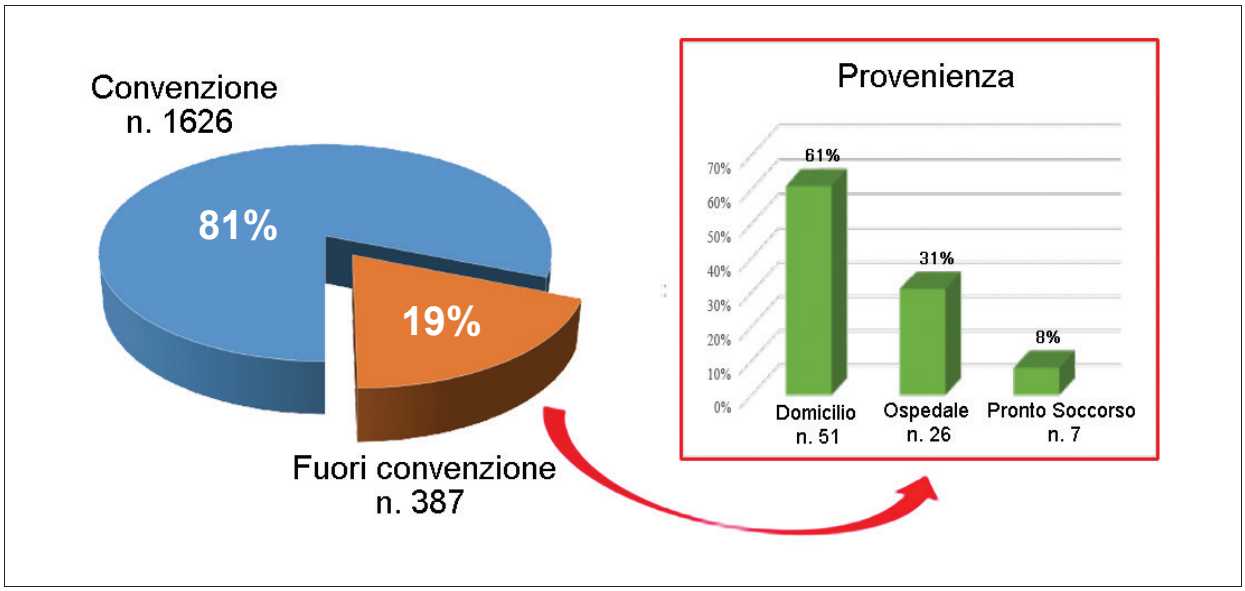


Grafico 11. Numero di ospiti dei C.S. e provenienza degli ospiti F.C.

Nella normale attività nel Centro di Servizi i medici supervisionano le attività degli altri operatori, aggiornano i programmi di cura, le terapie, hanno colloqui con i parenti, e visitano gli ospiti che hanno un problema clinico instabile o nuovo.

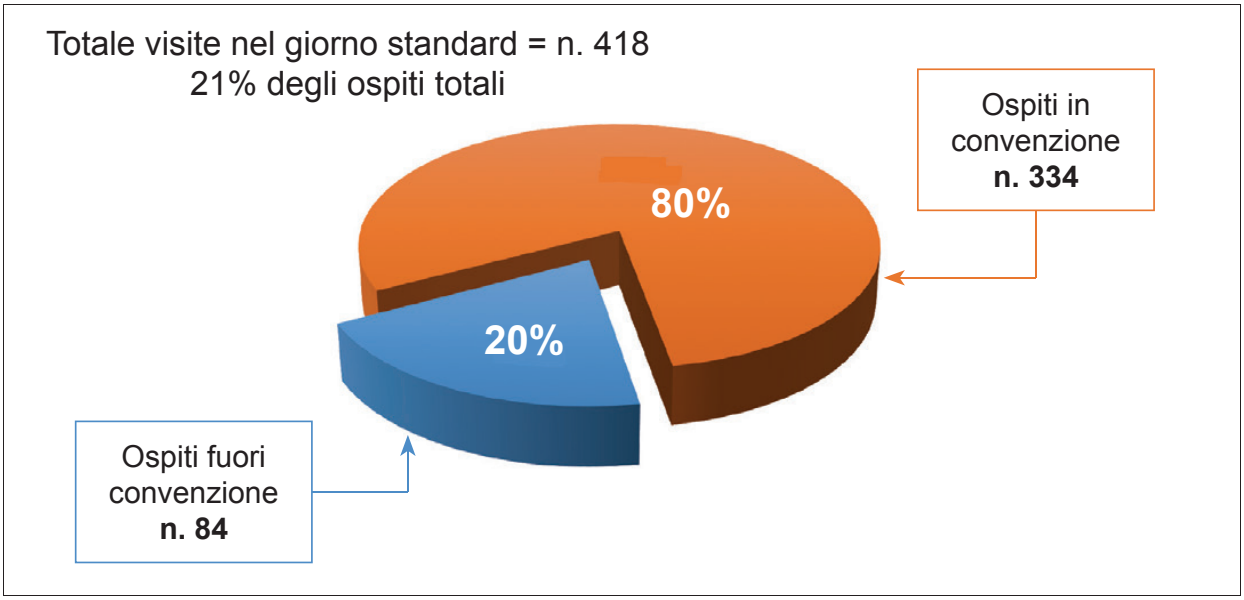


Grafico 12. Ospiti visitati nel giorno standard di rilevazione.

Il carico di lavoro dei MMG è significativamente diverso da un Istituto all'altro. Nel giorno definito per la rilevazione, i medici, hanno visitato 418 ospiti (grafico 12), pari al 21% dei totali (n. 2013), di cui 334 in convenzione (80%) e 84 fuori convenzione (20%). In media ogni medico ha visitato 10 ospiti, corrispondenti al 21% dei pazienti in carico del C.S. (con una variabilità da 30 a 2), di cui 2 sono Fuori Convenzione (con una variabilità da 12 a 0) e 8 sono in Convenzione (con una variabilità da 30 a 0).

3.b.2 Le patologie e i problemi degli ospiti dei Centri di Servizi

Nella giornata indice i pazienti visitati presentavano almeno due patologie croniche riacutizzate.

I medici hanno rilevato i seguenti problemi attivi negli ospiti visitati (Grafico 13-14): la demenza è la patologia più rappresentata (41,%), insieme a patologie cardiache (28,9%), sindrome da allettamento (19,9%) e disfagia (19,9%), seguono, in percentuale minore, il diabete (17,5%), le malattie respiratorie croniche (17,7%) e gli esiti di ictus e vasculopatie cerebrali (17,5%), infine neoplasie (8,6%) IRC-dialisi (8,1%), malattie neurodegenerative non vascolari, come SLA o SM (4,3%) [8].

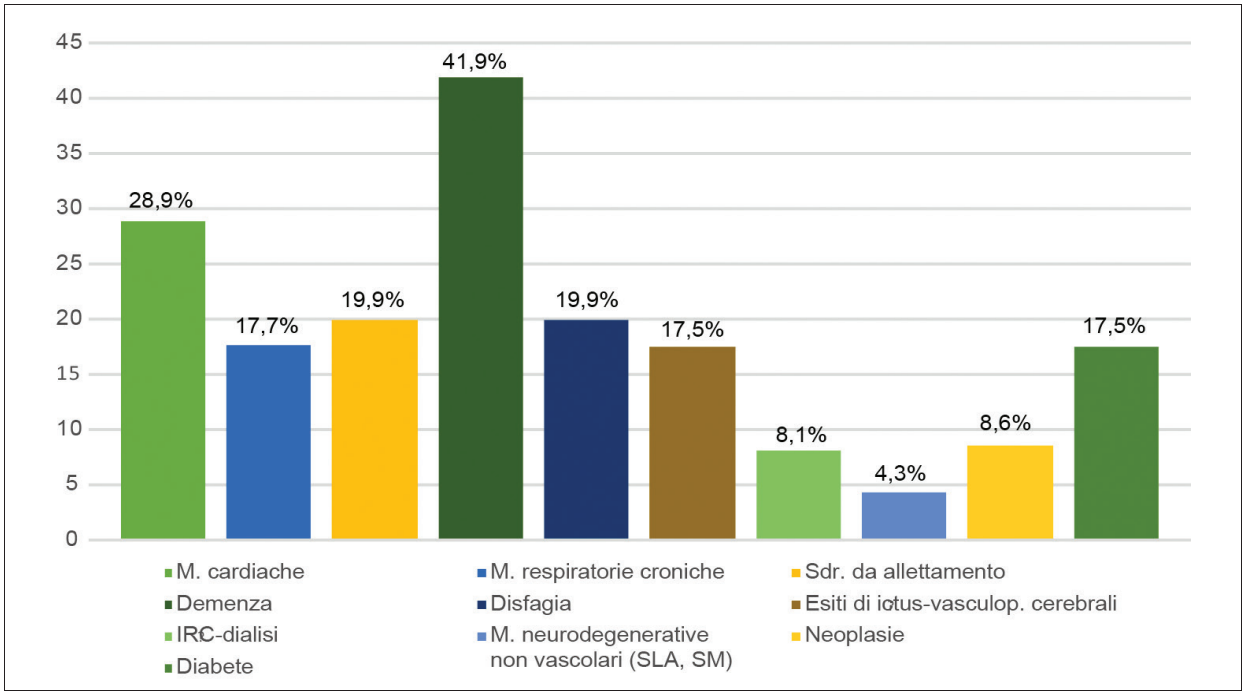


Grafico 13. Patologie rilevate nel giorno standard (valori %).

L'81% (n. 339) degli ospiti visitati nel giorno scelto per la rilevazione assume più di cinque farmaci (grafico 15) e il 53% ha più di 5 patologie (n. 222) (grafico 16 [8]. Come illustrato nella tabella 14, il 9% degli anziani, pari a 181 degli ospiti totali dei C.S., presenta stomie, PEG, sondini, il 4%, ovvero n.81, è terminale con aspettativa di vita minore di 60 giorni, il 20%, cioè n. 403, è allettato cronico.

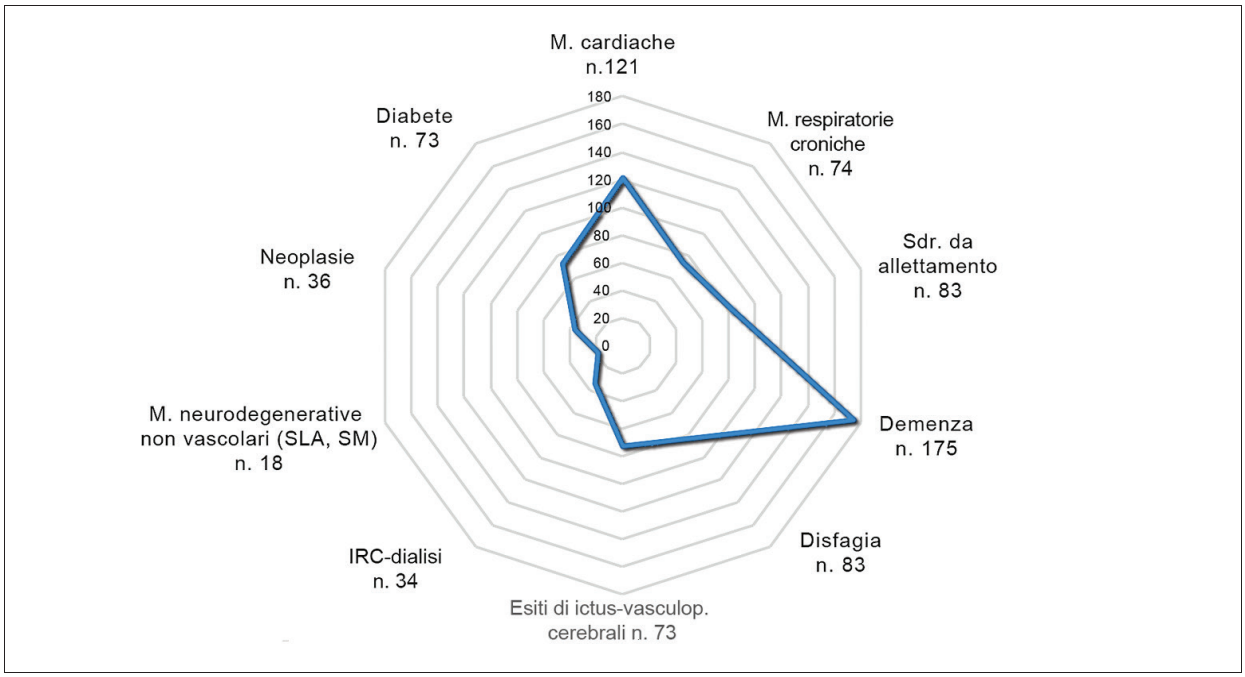


Grafico 14. Patologie rilevate nel giorno standard (valori assoluti).

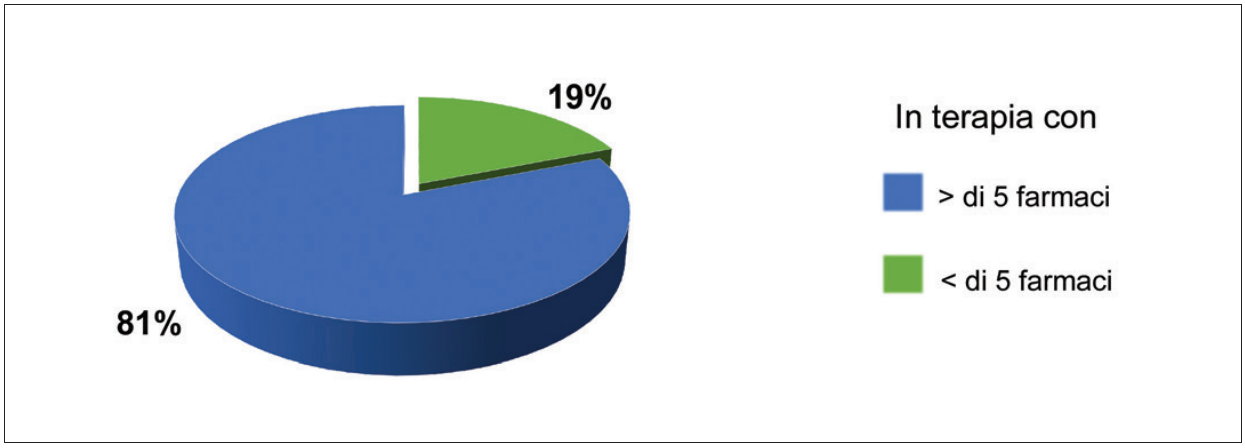


Grafico 15. Politerapia: ospiti dei C.S. in terapia con più di 5 farmaci (valore %).

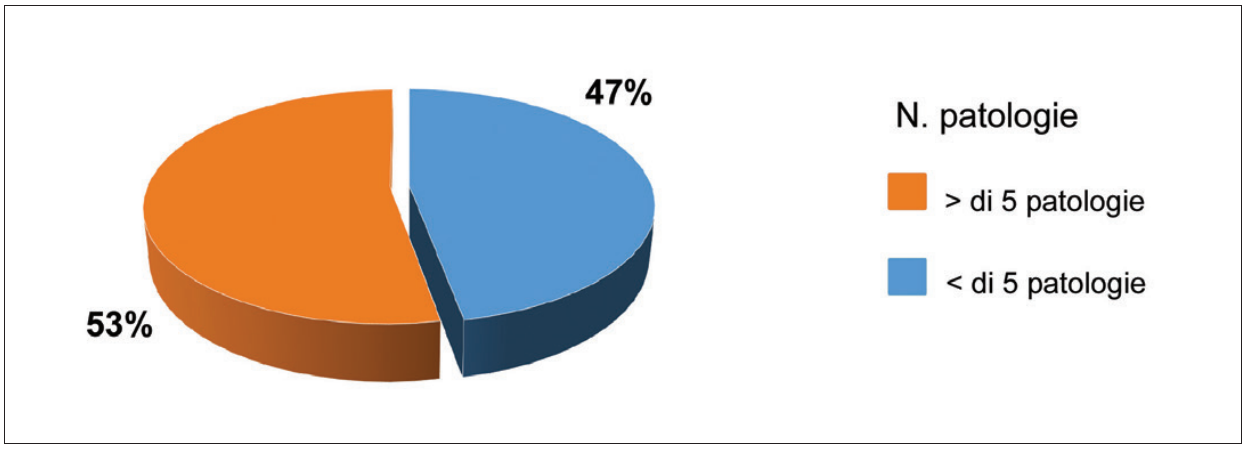


Grafico 16. Numero patologie (valore %).

Considerando i 5453 utenti dei C.S. di 1° e 2° livello dell'intera provincia di Verona nel 2017 (dato ricavato dalle schede SVAMA, anno 2017) una proiezione sull'intera ULSS 9 Scaligera consente di stimare che i pazienti con PEG, stomie, sondini sono 491, i terminali sono 218 e gli anziani con sindrome da allettamento cronico sono 1091 (tabella 14) [8].

	% ospiti (n = 2013	N. ospiti C.S. (n=2013	N. ospiti C.S. ULSS 9 Scaligera (n 5453)
PEG.stomie-sondini	9%	181	491
Terminali	4%	81	218
Allettati cronici	20%	403	1091

Tabella 14.

Una ricerca effettuata nell'Istituto Assistenza Anziani di Verona ha indagato la complessità dei bisogni di cure sanitarie e assistenziali di 311 ospiti ha evidenziato più in dettaglio problematiche analoghe [31].

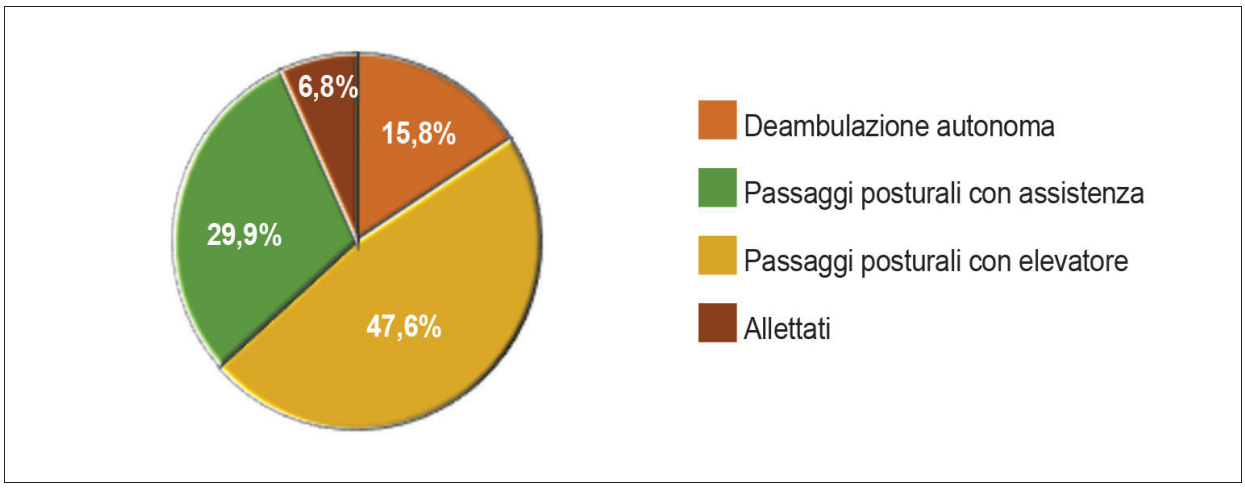


Grafico 17. Autonomia ospiti centri di servizi nell'Istituto Assistenza Anziani di Verona.

In particolare (grafico 17) solo il 15% degli ospiti può deambulare autonomamente, il 6,8% non viene alzato dal letto, il 47,6% può essere alzato dal letto con sollevatore e il 29,9% ha bisogno di assistenza per i passaggi posturali.

Più del 50% degli ospiti utilizza materasso antidecubito, quasi il 20% è portatore di catetere vescicale, circa il 10% presenta piaghe da decubito legate all'allettamento (grafico 18).

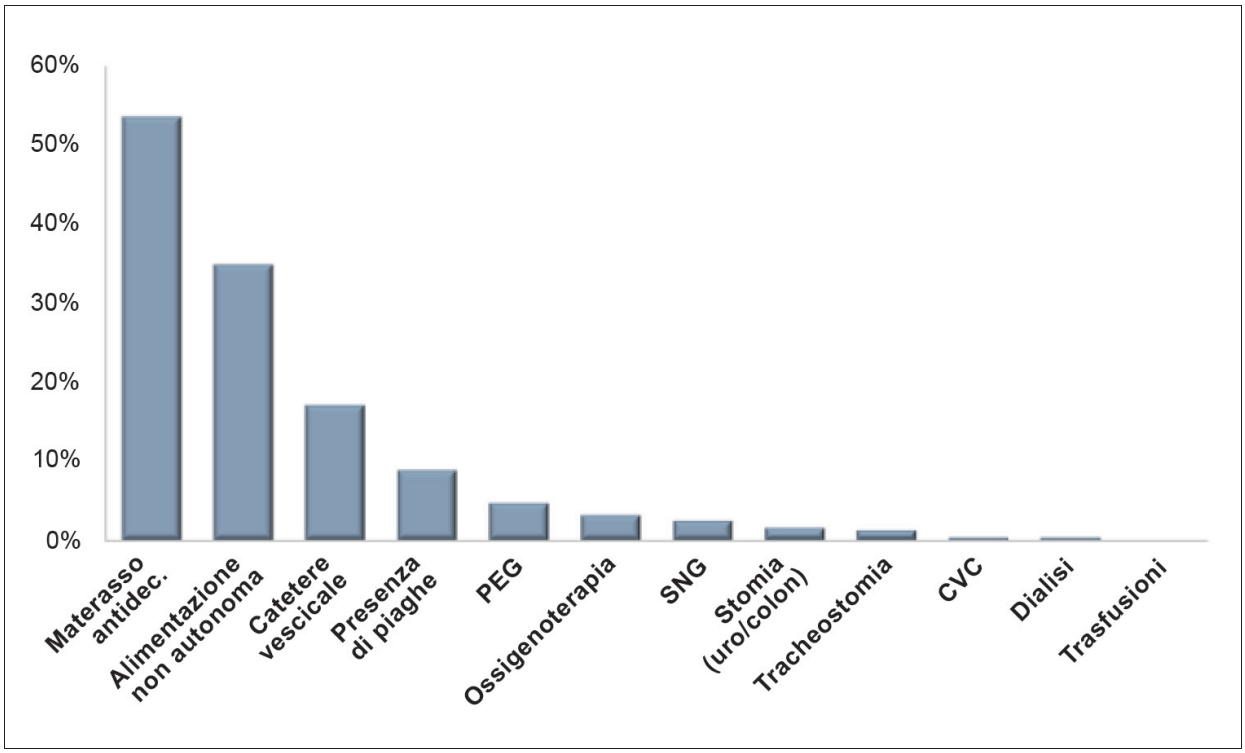


Grafico 18. Ausili, dispositivi, e altri aspetti assistenziali.

Da questa stessa indagine risulterebbe in calo il numero dei ricoveri in ospedale passando dal 40% del 2000 al 31% del 2014. Questo dato, che meriterebbe

di essere riconfermato, potrebbe indicare che a fronte del cambiamento del ruolo degli ospedali destinati al ricovero in acuto, all'interno dei Centri di Servizi ci sia una maggiore presa in carico degli ospiti con cure più complesse.

Tra gli aspetti più rilevanti e problematici negli ospiti dei Centri di Servizi ci sono le difficoltà ad una corretta nutrizione che comportano dimagrimento, aumento della morbilità e mortalità. Uno studio specifico sullo stato nutrizionale degli ospiti in una struttura veronese ha evidenziato una tendenza al dimagrimento dall'ingresso e che circa il 36% presenta segni di malnutrizione che potrebbe essere migliorata con l'adozione di un regime dietetico ad alta densità calorica (cosiddetto "piatto unico" frullato, di 570-500 Kal, con 45-50% di carboidrati, 40% di grassi, 15% di proteine) [29].

Una nutrizione adeguata al singolo soggetto, con le sue specificità, considerata anche la frequenza della disfagia, all'interno di una residenza collettiva è senza dubbio uno dei segmenti di assistenza più delicati che richiede standard elevati di procedure operative e di integrazione professionale.

3.c Il consumo di farmaci (anni 2016-2017) come indicatore di problemi di salute e di cura

I farmaci utilizzati nei Centri di Servizi sono erogati per la quasi totalità dalle farmacie ospedaliere sulla base di un prontuario appositamente predisposto, diverso dal prontuario disponibile per la medicina convenzionata territoriale.

I dati utilizzati nel nostro studio sono stati forniti dal Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ULSS 9 [8,9].

Sono stati esclusi dall'elaborazione:

- Centri Diurni,
- C.T.R.P. Comunità terapeutiche riabilitative protette,
- Hospice,
- Stati Vegetativi,
- Ospedali di Comunità,
- Comunità alloggio.

Le 5 categorie di farmaci, suddivisi per Gruppo Anatomico (Tabella 15) più utilizzati sono risultati quelli indicati per:

- Apparato Gastroenterico e Metabolismo,
- Sistema Nervoso,
- Sistema Cardiovascolare,
- Sangue e Organi Emopoietici,
- Antimicrobici.

Gruppo anatomico	Confez. 2017	Confez. 2016	Costo 2017	Costo 2016
Apparato gastrointestinale e metabolismo	297460	251529	568765,84	487509,54
Sistema nervoso	283633	240585	751370,29	623731,74
Sistema cardiovascolare	202588	175885	141499,48	117062,62
Sangue ed organi emopoietici	157406	193897	776469,55	689587,69
Antimicrobici generali per uso sistemico	116518	106501	304933,16	287443,54
Dermatologici	64076	53776	131253,67	119590,28
Vari	35650	8224	150379,67	92283,22
Prep. ormonali sist., escl. ormoni sess. e insuline	28572	24348	51173,20	38951,73
Sistema muscolo-scheletrico	23709	22225	22862,15	21867,22
Sistema respiratorio	19881	22311	102399,11	97194,52
Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	15401	16107	35408,31	41693,07
Organi di senso	9197	9314	23975,44	21753,06
Farmaci atineoplastici e immunomodulatori	4041	1369	26870,69	33106,07
Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	786	792	4070,79	3373,80

Tabella 15. Consumo e costi dei farmaci utilizzati nei centri di servizi veronesi.

Dal 2016 al 2017 aumenta del 10-15% il numero di confezioni di farmaci gastrointestinali e metabolici, per il sistema nervoso, cardiovascolari, antimicrobici ad indicare un aumento delle patologie che richiedono un trattamento [8].

Gruppo terapeutico	Confez. 2017	Confez. 2016	Costo 2017	Costo 2016
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	120305	105089	37867,98	27947,71
Farmaci per la costipazione	90818	81853	278334,89	248141,98
Farmaci usati nel diabete	20273	16899	117085,7	99351,76
Vitamine	17378	14454	70564	59952,48
Antidiarroici, antinfiam. e antimicrobici intest.	15251	6084	5903,54	5122,42
Integratori minerali	11803	7990	17762,6	14247,28
Farmaci per disturbi gastrointestinali	9668	9268	13181,86	12532,94
Stomatologici	7617	6693	13013,94	9848,42
Terapia biiare ed epatica	3917	2875	9796,12	7359,09
Digestivi, esclusi gli enzimi	287	203	3213,39	2499,1
Antiemetici e antinausea	108	99	1665,85	226,28
Altri farmaci dell'appar. gastr. e del met.	35	22	375,97	280,08
	297460	**251529**	**568765,84**	**487509,54**

Tabella 16. Farmaci utilizzati per Apparato Gastrointestinale e Metabolismo.

Una analisi più in dettaglio (tabella 16) consente qualche considerazione su alcuni problemi più specifici come la frequenza dei trattamenti per i disturbi correlati all'acidità (o a trattamenti "gastroprotettivi" per evitare danni da farmaci ...) e al reflusso gastroesofageo spesso associato a diete prive di scorie,

come potrebbe essere sospettato anche dall'aumento dei farmaci per la "costipazione" e "intestinali". È degno di attenzione l'aumento delle prescrizioni di farmaci antidiabetici per una malattia che in questa popolazione ha una incidenza rilevata dai medici pari al 17,5%, più che doppia rispetto alla popolazione generale [8]. Nell'ambito degli antiacidi prevalgono i PPI e tra questi la molecola più utilizzata è il Lansoprazolo (tabella 17) [8].

Sostanza chimica	Confezioni 2017	Confezioni 2016
Lansoprazolo	74882	74721
Omeoprazolo	16254	4243
Ranitidina	11056	7929
Pantoprazolo	9794	11706
Magaldrato	6753	5809
Esomeprazolo	570	362
Associazioni saline comuni	463	161
Antiacidi con sodio bicarbonato	461	84
Sucralfato	49	36
Misoprostolo	23	38
	120305	**105089**

Tabella 17. Consumo antiacidi nel 2016 e nel 2017.

Nell'ambito dei farmaci per la costipazione prevalgono i Lassativi ad Azione Osmotica e tra questi i più utilizzati sono il Macrogol e il Lattulosio (tabella 18) [8].

Sottogruppo terapeutico/Chimico	Sostanza chimica	Confez. 2017	Confez. 2016
Lassativi ad azione osmotica	Macrogol, associazioni	29000	25241
Lassativi ad azione osmotica	Lattulosio	22201	19619
Lassativi di contatto	Glicosidi della senna	17030	13006
Lassativi di contatto	Sodio picosolfato	8568	10020
Clismi	Sodio fosfato	8050	7206
Emollienti	Paraffina liquida e associazioni	2520	2989
Lassativi ad azione osmotica	Macrogol	2478	2450
Lassativi di contatto	Bisacodil	698	739
Altri farmaci	Glicerolo	228	348
Clismi	Glicerolo clismi	45	235
		90818	**81853**

Tabella 18. Consumo di lassativi nel 2016 e nel 2017.

Il ricorso a questi farmaci per la regolazione intestinale suggerisce disagi legate alla frequenza e alla modalità di somministrazione, ma anche più in generale alle problematiche assistenziali che potrebbero favorire una regolazione

più fisiologica, evitando anche complicanze non rare. I farmaci per il "sistema nervoso" (tabella 19) sono la seconda categoria di farmaci più prescritti sia per la cura dei disturbi del tono dell'umore che per i disturbi da decadimento cognitivo [8], con allucinazioni, agitazione, le paure, i deliri ...

I problemi psichici e mentali sono la patologia più frequentemente segnalata nelle SVAMA come criterio per l'ammissione nei Centri di Servizi (in circa il 70% dei soggetti) e sarebbe necessario valutare con altre ricerche la variazione di incidenza o aggravamento dopo l'ingresso.

La gestione dei farmaci ansiolitici, sedativi o ipnotici richiede una attenzione particolare per gli anziani fragili, con patologie neurologiche centrali, cardiovascolari, nefrologiche.

Gruppo terapeutico	Confez. 2017	Confez. 2016	Costo 2017	Costo 2016
Psicolettici	146027	126888	304443,34	295047,35
Analgesici	50755	47988	109944,98	90091,50
Psicoanalettici	36430	26609	76511,16	51059,47
Antiepilettici	27928	22465	116300,38	85241,26
Antiparkinsoniani	13461	11030	112541,57	78341,33
Altri farmaci del sistema nervoso	4656	1767	18015,32	11249,89
Anestetici	4376	3838	13613,54	12700,94
	283633	**240585**	**751370,29**	**623731,74**

Tabella 19. Consumo e costi dei farmaci per neurologia e psichiatria.

La valutazione, il corretto inquadramento e l'impostazione di approcci adeguati ai problemi psichici, mentali e comportamentali degli ospiti di una struttura comunitaria, che è anche una residenza "definitiva", richiede un potenziamento delle consulenze neurologiche e psichiatriche, ma anche una interazione tra tutti i livelli di gestione dei Centri di Servizi finalizzata ad un uso essenziale ed appropriato sia dei farmaci che degli approcci non farmacologici.

I Farmaci utilizzati per Sistema Cardiovascolare sono la categoria più prescritta (tabella 20), con un aumento di circa il 13% di confezioni dal 2016 al 2017, come possibile indicatore indiretto dell'aumento delle patologie croniche correlate [8].

Il trattamento farmacologico appropriato è senza dubbio uno dei determinanti per il controllo della patologia di base e della riduzione del rischio di complicanze. Tuttavia con l'invecchiamento della popolazione e, nello specifico in popolazioni molto anziane, non sono del tutto chiare le evidenze scientifiche sulla utilità di terapie per particolari condizioni come la iperdislipidemia e nello specifico per la prevenzione primaria [34,35,36].

Gruppo terapeutico	Confez. 2017	Confez. 2016	Costo 2017	Costo 2016
Diuretici	80468	70367	65958,54	53837,91
Sostanze ad azione sul sist. renina-angiotens.	43385	38093	625,88	3240,28
Betabloccanti	26927	20230	25206,13	16098,21
Terapia cardiaca	16688	16862	25182,73	20000,95
Calcio-antagonisti	15030	12528	2573,62	2534,98
Sostanze modificatrici dei lipidi	12749	11355	8740,08	8856,32
Antiipertensivi	4906	4370	9130,64	8763,98
Vasoprotettori	2092	1719	1962,88	1522,09
Vasodilatatori periferici	343	361	2118,98	2207,9
	202588	**175885**	**141499,48**	**117062,62**

Tabella 20. Confezioni e costi dei farmaci per i l sistema cardiovascolare nel 2016 e nel 2017.

In uno studio condotto in un Centro di Servizi veronese [30] su una popolazione di età media di 85 anni risulta in trattamento con statine il 13% degli ospiti. Inoltre, il numero di pazienti trattati mostra un trend in aumento negli anni dal 2013 al 2017 e tutti i pazienti trattati sono risultati in prevenzione CV secondaria (grafico 19).

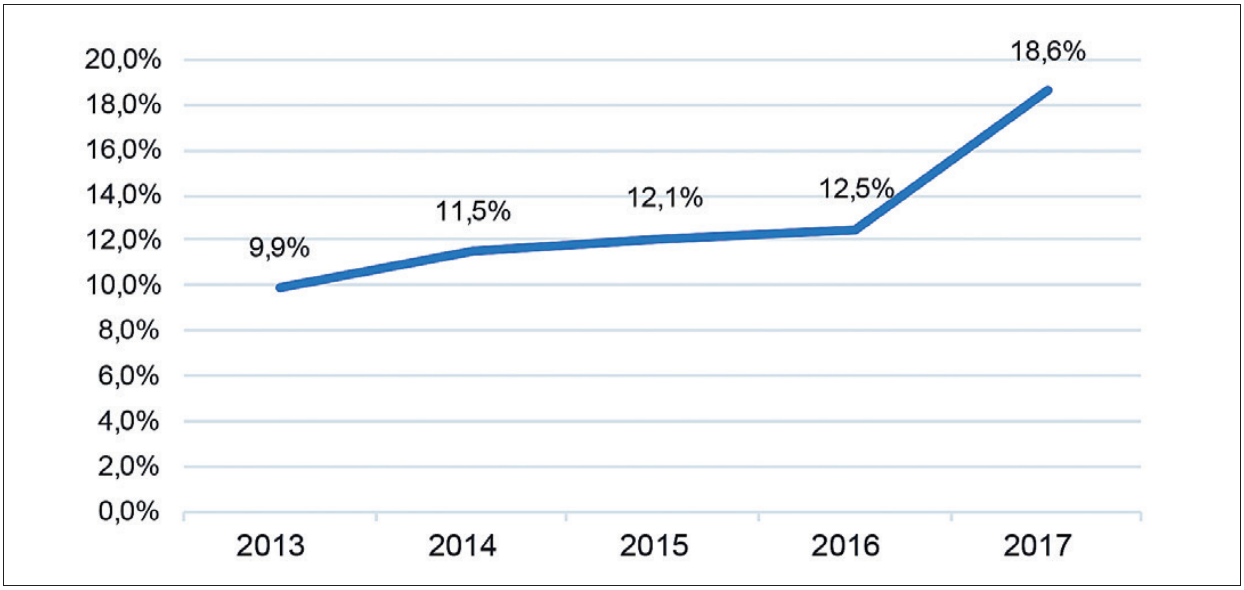


Grafico 19. Percentuale di popolazione anziana trattata con statine: dal 2013 al 2017.

I dati forniti dal Servizio Farmaceutico evidenzierebbero un calo di ipolipemizzanti dal 2016 al 2017, se pure modesto, sia per quanto riguarda il numero di confezioni che dei costi relativi [9].

L'analisi sul consumo di farmaci rivela l'elevato numero di pazienti in terapia anticoagulante per la prevenzione del rischio tromboembolico causa sia di ictus con disabilità di vario grado, sia, più spesso, di microembolismi con

conseguenze sullo stato cognitivo e su disturbi "minori" come le instabilità posturali o disfagici.

Un numero elevato di ospiti dei Centri di Servizi ha una fibrillazione atriale cronica. Secondo il dato SVAMA all'ingresso sono in FA l'8,15% delle persone [32], ma dalla valutazione "sul campo" ottenuta dal questionario dei MMG Veronesi ne risultano affetti almeno il 15% degli ospiti. Il confronto con il dato di prevalenza di FA rilevato nella popolazione generale dai circa 8000 MMG sperimentatori di *Health Search* descrive un aumento dal 2,7% del 2013 al 2,9 del 2015 con picchi di prevalenza nella popolazione ultra 85enne del 20,3% tra i maschi e del 16% tra le donne [37]. Questo rimanda alla complessità dei problemi di accuratezza diagnostica che di appropriatezza prescrittiva nei Centri di Servizi.

Nonostante sia raccomandata la scoagulazione nei soggetti con FA ad alto rischio embolico, solo una parte dei soggetti con FA riceve il trattamento farmacologico con una terapia appropriata (dicumarolici o NAO).

Uno studio condotto nel 2012 su ospiti di tre case di riposo del distretto 4 dell'ULSS 20 di Verona [32] i pazienti affetti da fibrillazione atriale permanente sono 51 sul totale di 300 ospiti, ovvero 17%; di questi il 78% risultano trattati con farmaci anticoagulanti. Sono state esaminate le terapie in corso e ne è stata verificata l'appropriatezza attraverso i punteggi CHADS2, CHA2DS2VASc e HAS-BLED. Dall'analisi è emerso che la quasi totalità dei pazienti avrebbe avuto indicazione alla terapia anticoagulante, ma secondo l'HAS-BLED SCORE, gli stessi pazienti candidati alla T.A.O. raggiungono facilmente un punteggio che controindica l'utilizzo della stessa (grafico 20).

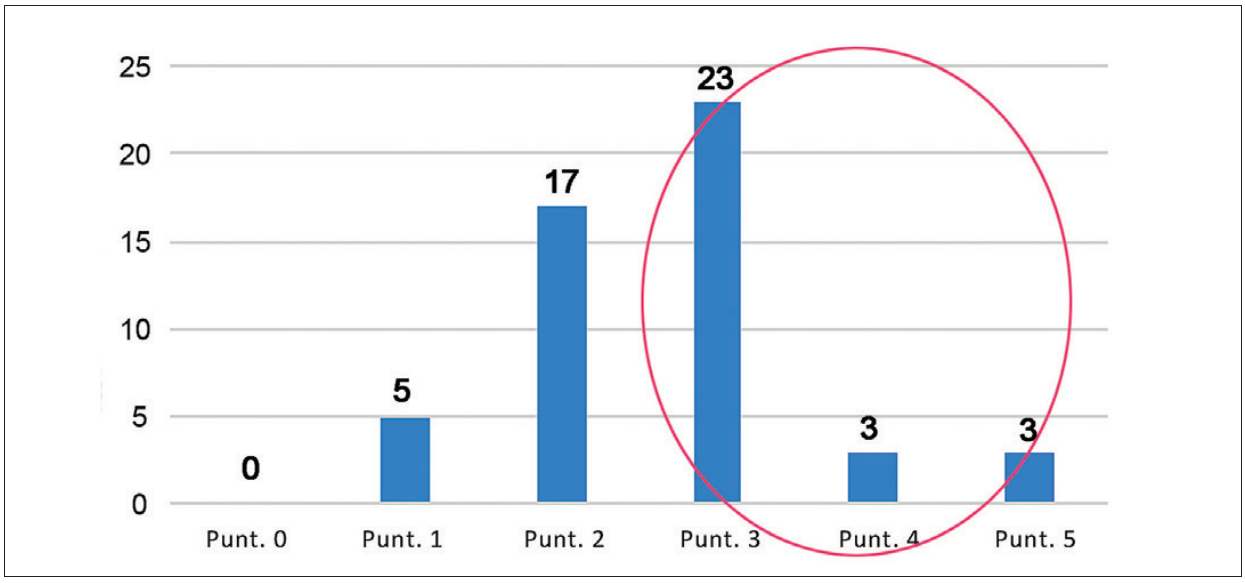


Grafico 20. Punteggio HAS-BLED >3 nei pazienti con fibrillazione atriale.

Il dato fa riflettere sulla complessità clinica dei pazienti, di età media 86 anni, che presentano un elevato rischio trombotico da un lato, ma che, per età molto avanzata, pregresse emorragie (maggiori, ma anche minori), comorbilità, insufficienza renale, labilità del valore del PT-INR, interazioni farmacologiche, maggior rischio di cadute, spesso non vengono trattati con anticoagulanti (grafico 21).

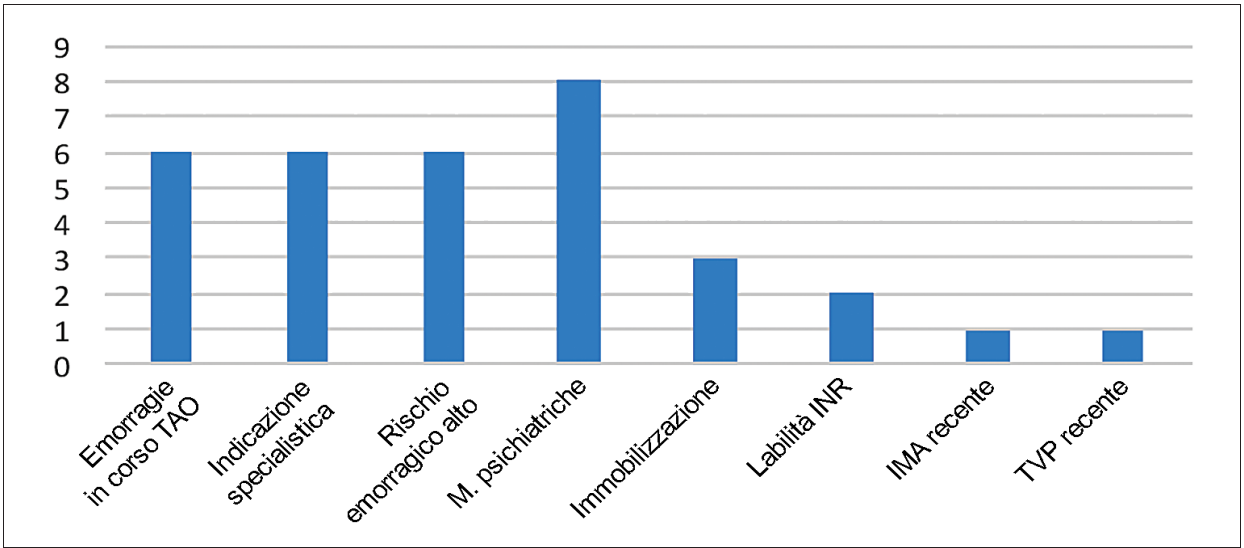


Grafico 21. Motivazioni dei medici alla ridotta prescrizione di TAO nei pazienti in fibrillazione atriale permanente con indicazione alla terapia antitrombotica.

Nella analisi del consumo di antitrombotici dal 2016 al 2017 (Tabella 21) il servizio farmaceutico dell'ULSS 9 segnala dal 2016 al 2017 un calo di circa 400 confezioni di anticoagulante ma con un corrispondente aumento dei costi di circa 91.000 euro. Il dato non è di semplice interpretazione ma potrebbe suggerire una riduzione del numero di prescrizioni (non solo per il tromboembolismo da FA) e il possibile shift da AVK a NAO.

La qualità delle cure nei Centri di Servizi è oggetto di interesse per il miglioramento della appropriatezza a garanzia del paziente e per la qualità e la sostenibilità del sistema. La terapia anticoagulante per i pazienti in FA è un piccolo segmento di queste cure ma indicativo dei possibili miglioramenti.

L'analisi citata su un Centro di Servizi di Verona [32] da un lato evidenzia che tutti i pazienti scoagulati rispondevano alle indicazioni previste dai criteri raccomandati, dall'altra che tra i criteri non è compreso il rischio di cadute rilevante tra gli ospiti istituzionalizzati.

Lo studio citato osserva anche che un Centro di Servizi potrebbe consentire una gestione migliore della terapia con gli AVK per la possibilità di mantenere una alimentazione adeguata, il controllo delle interazioni farmacologiche, un

monitoraggio più attento dell'INR con prelievi capillari al letto del paziente e un adeguamento della posologia dell'AVK più flessibile per garantire un TTR ottimale. Dalla letteratura è evidenziata la non superiorità dei NAO rispetto agli AVK per la prevenzione dell'ictus ischemico nel paziente in FA cronica.

Sono evidenti le differenze nei costi delle due terapie. Standard di qualità migliori nella gestione della terapia anticoagulanti nei Centri di servizi, oltre che benefici per i pazienti potrebbero contribuire ad una migliore sostenibilità del sistema delle cure.

Gruppo terapeutico	Confez. 2017	Confez. 2016	Costo 2017	Costo 2016
Antitrombotici	72800	73205	511520,39	420502,28
Succedanei del sangue e sol. perfusionali	63021	102197	210517,41	217926,14
Farmaci antianemici	21122	17477	54021,89	49167,67
Antiemorragici	463	1012	409,86	1948,40
	157406	**193891**	**776469,55**	**689544,49**

Tabella 21. Farmaci anticoagulanti e antiaggreganti: consumo e costi nell'anno 2016 e 2017.

In un anno è aumentato del 9% il numero di prescrizioni di farmaci antibatterici. Sembra di poter dedurre che nel 2017 ognuno dei 5.726 con scheda SVAMA ospiti nei Centri di Servizi di 1° e 2° livello abbia ricevuto la prescrizione in media di 20 confezioni di antibatterico sistemico (tabella 22). Il dato andrebbe verificato con studi interni alle strutture.

Gruppo terapeutico	Confez. 2017	Confez. 2016	Costo 2017	Costo 2016
Antibatterici per uso sistemico	114348	104046	269614,34	244960,85
Antivirali per uso sistemico	366	251	23150,74	19041,86
Antimicotici per uso sistemico	1226	1522	10147,76	18263,49
Antimicobatterici	578	630	2020,32	2158,27

Tabella 22. Consumo e costi dei farmaci antimicrobici nell'anno 2016 e 2017.

In letteratura è ampiamente studiato e dibattuto il tema delle infezioni di comunità, delle procedure per una gestione appropriata dei pazienti e per l'utilizzo dei farmaci. Nel 2013 il CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) ha dichiarato che le infezioni da batteri Gram-negativi multi resistenti agli antibiotici (MDR-GNB) e in particolare le enterobatteriacee resistenti ai carbapenemici (CRE) rappresentano una minaccia immediata per la salute pubblica e impongono l'adozione di azioni urgenti e incisive non solo negli ospedali per acuti ma anche delle strutture per lungodegenze (*Long Term Care Facilities* – LCTF) [33].

Lo studio europeo HALT2 (*Healthcare-Associated infections in Long Term Care Facilities in Europe*) in 19 nazioni dell'EU nel 2013, ha coinvolto 235 LCTF italiane, segnala una prevalenza di infezioni nel 3,4% degli ospiti, con una prevalenza di impiego di antibiotici del 4,4% di cui 73% a scopo terapeutico e ben il 27% a scopo profilattico.

Una pubblicazione su una indagine in 35 RSA per anziani toscane con circa 1.500 ospiti, una media di 40 ospiti per struttura, gestite, come in Veneto da Medici di Famiglia, segnala che 1 ospite su 23 ha una infezione correlata all'assistenza nel giorno indice, nel quale la prevalenza di infetti corrisponde al 4,3% degli ospiti, e 1 su 27 è in trattamento con un antibiotico sistemico [38). Tra i principali fattori favorenti le infezioni sono indicate l'incontinenza fecale/urinaria (per il 67% dei pazienti) il catetere vescicale (11%) e le infezioni cutanee da pressione o altro (16%).

Le principali malattie da infezione interessano le vie respiratorie inferiori (35%), la cute (24%), le vie urinarie (19%), orecchio, naso, gola (9%) e il tratto gastrointestinale (7%). Il 70% dei trattamenti sono fatti per OS. Il fattore che contribuisce maggiormente alla diffusione di CRE è stato identificato nella cross-trasmissione tra pazienti tramite le mani degli operatori sanitari, facilmente contaminate dopo il contatto diretto con il soggetto colonizzato/infetto o con superfici a lui limitrofe.

Numerose casistiche riportano una prevalenza di infezioni da Clostridium difficile nelle LTCF rispetto agli ospedali per acuti per la particolare suscettibilità della popolazione anziana per le modificazioni età-correlate della flora batterica intestinale, l'immunosenescenza e le comorbilità.

La Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione Veneto ha promosso una ricerca analoga nelle LTCF (comprendenti i Centri di Servizi) per valutare la prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (HCAI), il consumo di antibiotici, la colonizzazione enterica da Clostridium Difficile e da Gram-negativi multiresistenti agli antibiotici (MDR-GNB focalizzando l'attenzione su enterobacteriacee resistenti ai carbapenemici, pseudomonacee e Acinetobacter [39].

Questo tipo di infezioni che tendono a svilupparsi maggiormente nelle LTCF rappresentano anche un problema rilevante in caso di ricovero in ospedale per acuti richiamando la necessità di una strategia globale e coordinata tra i diversi istituti di cura. Applicazioni di programmi coordinati potrebbero comportare una riduzione della mortalità per infezioni, degli accessi in ospedali per acuti con limitazione della circolazione dei patogeni e una riduzione dei costi sanitari.

Per quanto riguarda le possibilità terapeutiche nel Centri di Servizi viene fatto notare dai MMG che la resistenza a cefalosporine di terza generazione di alcuni ceppi batterici richiede l'utilizzo di farmaci alternativi che non sono previsti dal prontuario attuale dei Centri di Servizi veronesi.

La prevenzione delle infezioni con idonee strategie assistenziali e l'uso appropriato degli antibiotici sono le strategie più raccomandate, coinvolgendo l'insieme dell'organizzazione e degli operatori delle strutture. Vengono raccomandate la figura dell'addetto al controllo delle infezioni, la formazione condivisa del personale, procedure per il lavaggio delle mani, la gestione dei dispositivi (Cateteri vescicali, stomie, Cateteri Centrali ...), l'isolamento, le consulenze specialistiche, e le vaccinazioni antiinfluenzali e antipneumococciche.

4. Problematiche relative alle dotazioni strumentali e infrastruttura informatica

Una parte dei quesiti della ricerca condotta attraverso il questionario rivolto ai Medici di Famiglia operanti nei Centri di servizi veronesi riguardava gli aspetti organizzativi dell'assistenza medica, le dotazioni di dispositivi medici, i rapporti con il personale della struttura e la direzione, i rapporti con i parenti e infine le opinioni sulle competenze professionali necessarie oggi nell'attività di assistenza medica e di formazione.

Il 51,2% dei 43 medici (n. 22) che hanno espresso il loro parere con i questionari, riferisce di utilizzare un PC ed un Software per la gestione della cartella clinica forniti dalla Struttura in cui lavora; mentre l'11,6% (n. 5) si avvale di un PC e di un Software personali. Dai risultati emerge un dato, oggi difficilmente comprensibile, che una quota non trascurabile di medici, pari al 16,3% (n. 7), non utilizza un Software per la gestione del diario clinico, la registrazione degli esami e la tenuta della documentazione sanitaria, la prescrizione dei farmaci e degli accertamenti (grafico 22) [8].

Le soluzioni informatiche non possono restare ad un livello di autarchia tra Centri di Servizi. I MMG hanno per onere contrattuale l'invio di flussi mensili sulle attività di assistenza (numero di visite, PIP, vaccini, ricoveri) e, in Veneto anche altri impegni specifici come l'attivazione del *Fascicolo Sanitario Elettronico* e la produzione di dati di monitoraggio di persone con malattie croniche come il diabete, degli scoagulati, dati sulla prioritarizzazione delle richieste specialistiche, della prescrizione di RM articolari, o altri dati sanitari come la prescrizione dei farmaci e degli accertamenti specialistici.

È piuttosto paradossale che, per la mancanza di una rete informativa omogenea tra postazione del medico e data base finale sfuggano a questa "tracciabilità" proprio categorie di anziani come gli ospiti dei Centri di Servizi segnalati come a maggiore impatto sulla *governance*. La necessità di una infrastruttura telematica adeguata difficilmente potrà consentire l'utilizzo del FSE per lo scambio in entrata ed in uscita dei dati e l'implementazione del *Patient Summary* previsti dalle normative nazionali e regionali.

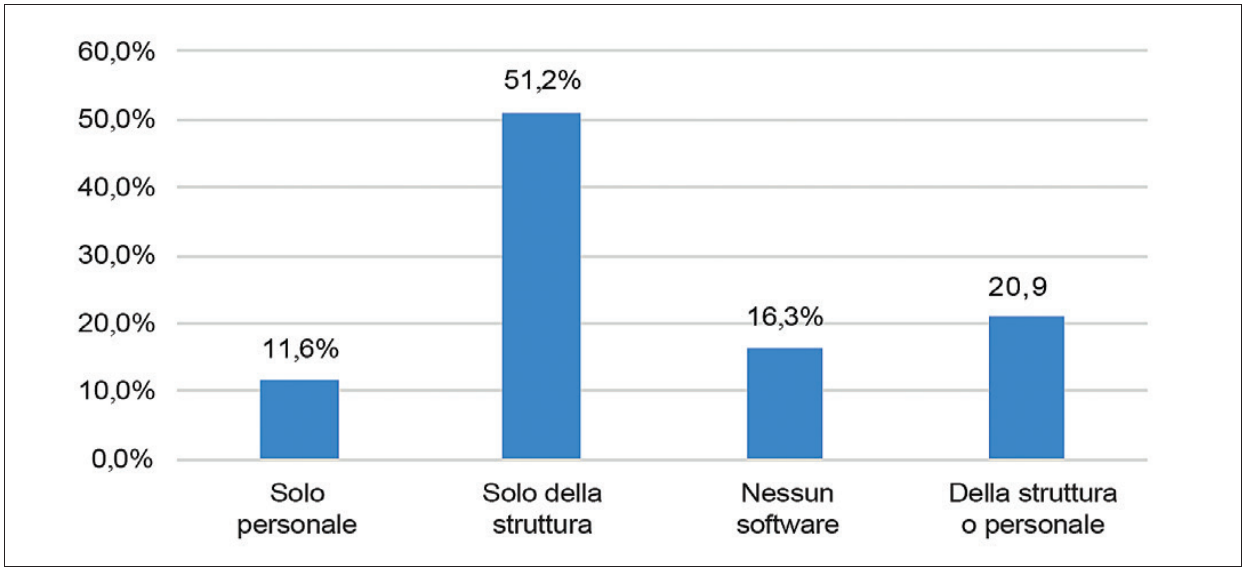


Grafico 22. Utilizzo di Software nei C.S.

Per quanto riguarda la strumentazione disponibile nel Centro Servizi è emerso che il 97% (n. 42) degli intervistati utilizza quasi esclusivamente i dispositivi tradizionali di diagnostica presenti anche nella borsa del medico di famiglia e dispone di termometro e saturimetro, il 93% (n. 41) di sfigmomanometro (n. 41). Nel 74% (n. 32) delle strutture è presente un elettrocardiografo, ma non è nota l'utilizzazione; diversamente solo il 5% (n. 2) dei medici utilizza l'ecografo nella pratica quotidiana (tabella 23) o altri strumenti diagnostici come lo spirometro [8]. Non è noto in quanti Centri di servizi sia in uso un dispositivo per la valutazione dell'INR da sangue capillare.

Strumentazione	Medici %	Medici n
1) ECG	74%	32
2) Sfigmomanometro	93%	41
3) Termometro	97%	42
4) Saturimetro	97%	42
5) Ecografo	5%	2
6) Altro	5%	2

Tabella 23. Medici che dispongono di strumentazione nei CS in percentuale (%) e in valore assoluto (n°).

Non risultano servizi di telemedicina nei Centri di Servizi interessati dalla nostra ricerca. Non era oggetto di indagine la rilevazione del numero di richieste di accertamenti diagnostici per gli ospiti dei Centri di Servizi. Una ricerca in questo senso potrebbe fornire ulteriori dati sulla gestione dei problemi di salute degli ospiti considerando le opportunità offerte dalla telemedicina.

5. Medico di Famiglia e Medico incaricato nel Centro di Servizi: carico di lavoro e aspetti motivazionali

Nel questionario i medici sono stati invitati a esprimere un parere riguardo alle ore di lavoro nel Centro di Servizi (grafico 23), in particolare se ritenessero il numero di ore di lavoro adeguate al carico assistenziale e se l'impegno professionale sia sostenibile rispetto all'attività di Medico di Famiglia.

Il 77% dei medici considera il numero di ore adeguato al carico assistenziale e per il 74% dei medici l'impegno professionale è sostenibile considerando anche il lavoro di medici di famiglia.

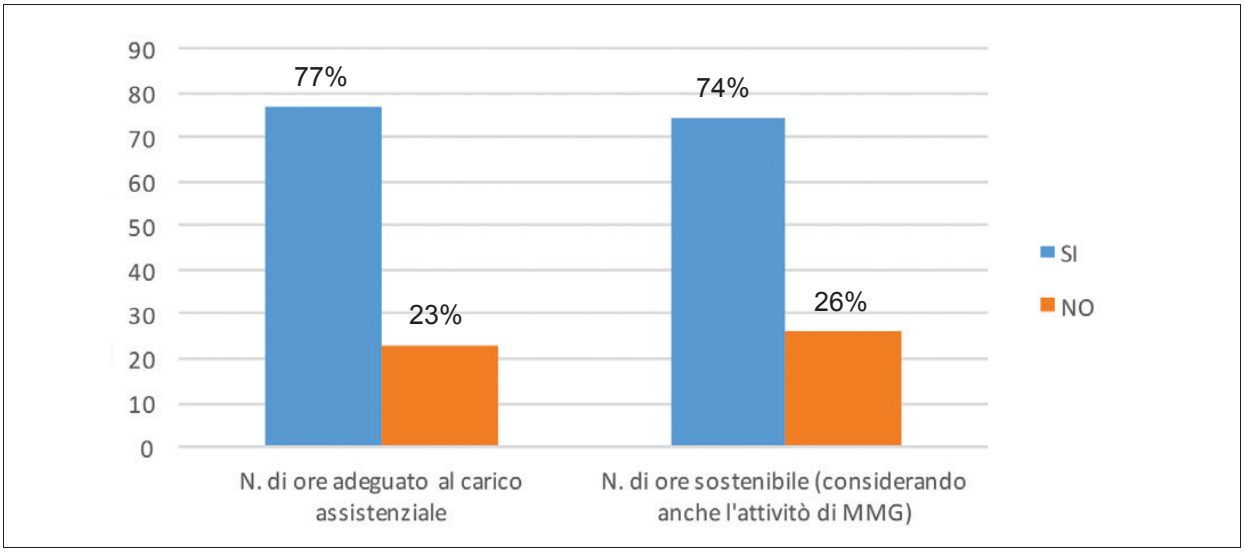


Grafico 23. Opinione dei medici riguardo al loro impegno lavorativo nei centri di servizi.

È stato sondato lo stato d'animo dei professionisti rispetto al proprio lavoro dei rispettivi Centri di Servizi (tabella 24). Ne risulta un quadro di opinioni articolato che sottolinea la complessità di questo ruolo professionale e i diversi aspetti motivazionali. Le percezioni, per quanto siano state espresse in modo generico dai medici, fanno intravedere vissuti e sentimenti piuttosto differenti tra i professionisti: il 35% ritiene gratificante questa attività di cura, il 37% si sente in condizione di notevole stress, e ritiene di poterlo gestire, ma il 25% dichiara che lascerebbe questo incarico se ne avesse la possibilità.

	N. di risposte	% risposte sul n. dei MMG (n = 43)
Carico professionale e di stress notevole	16	37%
Gratificante	15	35%
Se avessi la possibilità lo lascerei, carico professionale e di stress notevole	11	25%
Altro	1	2%
Totale	**43**	

Tabella 24. Le percezioni dei medici rispetto alla loro attività nei Centri di servizi.

La nostra ricerca non ha correlato le percezioni con alcuni elementi dipendenti dal medico come la numerosità degli assistiti come Medico di Famiglia e la numerosità degli ospiti in cura, o con l'età del medico e la durata del suo incarico che potrebbero meglio chiarire alcuni degli aspetti descritti.

La motivazione, il peso del carico di lavoro e le condizioni stressogene hanno in ogni caso a che fare con elementi oggettivi dipendenti dalla salute degli ospiti, comuni a tutti i luoghi di cura ad alta complessità, e dal setting dello specifico Centro di Servizi in cui si opera.

6. Ruolo medico, integrazione interprofessionale e relazioni con le direzioni

Nella tabella 25 sono espresse le criticità riscontrate dai MMG durante la loro attività nei Centri Servizi. Il 63% dei medici ritiene che vi sia una carenza di risorse assistenziali per curare ospiti con elevati bisogni assistenziali e il 47% auspica una maggior consulenza interna di specialisti e il 49% un adeguamento del prontuario farmaceutico.

Una parte minore dei medici (il 16%), ma verosimilmente responsabile, esplicita anche di non sentirsi adeguatamente competente per gestire tutta la complessità dei bisogni di cura degli ospiti.

	N. di risposte	% sul n. medici (n. 43)
Carenza di risorse assistenziali per curare ospiti con elevati bisogni assistenziali	27	63
Conflittualità con direzione/con altre figure professionali	12	28
Conflittualità con parenti di ospiti	30	70
Competenze professionali per gestire la complessità clinica dell'ospite	7	16
Necessità di maggior consulenza interna di specialisti	20	47
Adeguatezza del prontuario terapeutico	21	49

Tabella 25. Criticità nell'attività professionale del medico e dell'èquipe multidisciplinare nel C.S.

Il rapporto con i parenti degli ospiti in un Centro di Servizi è previsto dal contratto dei medici che dedicano al colloquio con i familiari in media 3 ore settimanali con una variabilità rilevante da 0 a 12 verosimilmente in rapporto al numero di assistiti.

La criticità più frequente, segnalata dal 70% dei MMG, è la conflittualità con i parenti degli ospiti. Non disponiamo di dati certi ma i medici segnalano una maggiore frequenza di contenziosi legali nell'attività in Centro di Servizi piuttosto che nell'attività di Medico di Famiglia. Questo può essere dovuto a vari aspetti.

Oltre che il rapporto di "pagante" dell'ospite, che può sentirsi in diritto di chiedere (o esigere) prestazioni particolari dal curante, possono avere una certa rilevanza elementi legati a aspetti della relazione affettiva del familiare con il proprio genitore o con sensi di colpa per non aver potuto assistere adeguatamente a domicilio il proprio caro.

È abbastanza frequente (28% dei medici) la segnalazione di conflittualità con la direzione e altre figure professionali del Centro di Servizi (tabella 25).

Le problematiche sottostanti alle criticità nelle relazioni interprofessionali e di integrazione nell'organizzazione delle cure meritano di essere approfondite per individuare le circostanze di conflitto e le possibili cause per proporne le soluzioni.

È verosimile che una parte delle problematiche sottostanti alle criticità espresse siano riconducibili a come vengono gestite nei singoli Centri di Servizi le riunioni di UVMD

7. Competenze per un ruolo professionale specifico e bisogni formativi

La figura del Medico di Assistenza Primaria è stata scelta per l'assistenza "di base" nei Centri di Servizi. Tuttavia quasi nessuno dei medici incaricati ha fatto un percorso formativo specifico. Si sono tutti formati "sul campo" tranne una percentuale modesta di specializzandi nella Scuola di Formazione Specifica che negli ultimi anni ha esercitato nell'ambito dell'attività tutoriale, se aveva un tutor Medico di Famiglia incaricato nei Centri di Servizi.

Nella tabella 26 sono riportate le opinioni e i bisogni formativi espressi dai medici partecipanti alla ricerca. La maggior parte dei medici percepisce carenze nella propria formazione che dovrebbe essere specifica (54%) per le competenze necessarie in uno specifico e particolare setting di cura come il Centro di Servizi, continua (49%), e condivisa con gli altri operatori della struttura (47%).

	N. di risposte	% sul n. medici (n. 43)
Formazione specifica del medico	23	54%
Aggiornamento continuo	21	49%
Formazione condivisa con il Team Multiprofessionale	20	47%
Non ritengo necessaria una formazione specifica	4	9%

Tabella 26. Necessità formative per i MMG nel setting dei C.S.

Un modesto numero di medici (il 9%) non ritiene necessaria una formazione. Il numero è esiguo, ma non può esimere dalla valutazione di alcune problematiche come l'età avanzata di alcuni medici incaricati o le modalità di reclutamento di altri medici precari che non hanno sufficiente motivazione all'impegno professionale continuativo nei Centri di Servizi.

Gli stimoli, e le provocazioni, che possono venire da questi pochi dati relativamente semplici inducono ad aprire una riflessione più puntuale anche su ruoli e interazioni di tutte le professionalità coinvolte, interne ed esterne all'istituto, ma anche al contesto organizzativo e relazionale con le famiglie e l'ambiente circostante.

8. Considerazioni e proposte sulle problematiche relative alle cure degli ospiti nei Centri di Servizi

Le opinioni dei medici incaricati dell'assistenza

I materiali esposti in precedenza sono stati messi a disposizione di 7 medici incaricati dell'assistenza in alcuni Centri di Servizi veronesi che poi sono stati riuniti per un *focus group* preceduto da una presentazione sintetica dei principali risultati delle ricerche.

Di seguito vengono riportate le osservazioni emerse, le sottolineature dei problemi ritenuti più rilevanti, rielaborate dal gruppo di redazione di questo volume, e alcune proposte.

8.a Ospiti con impegnativa e senza impegnativa di assistenza sanitaria: problemi amministrativi indicatori di criticità assistenziali

Il 20% degli ospiti visitati dai medici nel giorno indice è senza impegnativa di assistenza sanitaria, questo dato è in linea con i dati amministrativi. È opportuno evidenziare che i soggetti senza impegnativa di assistenza sanitaria provengono per il 60% dal domicilio, presumibilmente per aggravamento di un problema di salute o di assistenza non più gestibile in famiglia, il 30% in dimissione post-acuta dall'ospedale e ben il 17% da Pronto Soccorso.

Questi dati fanno richiamare l'attenzione su un ruolo nuovo che i Centri di Servizi svolgono oggi nel nuovo panorama complessivo dei servizi sanitari facendosi carico dell'assistenza a persone in fase critica con instabilità clinica e elevato bisogno assistenziale.

I dati del nostro lavoro evidenziano il paradosso che queste persone ad elevato bisogno di cure in acuto non abbiano la copertura con l'impegnativa di assistenza sanitaria regionale, e in diversi casi ne debbano sostenere l'intero costo, che si aggiunge al costo della "quota alberghiera" raggiungendo valori economici dell'ordine dalle 3 alle 5 migliaia di euro al mese. Insostenibile per molte famiglie.

Fino al 2018 ogni ULSS faceva accordi con i Centri di Servizi per le cure mediche prevedendo per gli ospiti senza impegnativa sanitaria il regime dell'assistenza programmata (ADP), o ADIMED, oppure lasciando agli accordi interni al singolo Centro di Servizi l'opzione per la libera professione dei medici.

La recente DGRV 1231/2018 ha preso parzialmente atto di questo paradosso e ha stabilito che siano a carico dell'ULSS le cure mediche per i non autosufficienti con punteggio SVAMA superiore a 60. Ma non chiarisce come garantire l'assistenza ai pazienti non autosufficienti con SVAMA inferiore a 60, e con problemi sanitari acuti anche gravi pur se non pesabili adeguatamente dalle SVAMA. È auspicabile un chiarimento, che potrebbe essere definito anche in sede di confronto tra ULSS e Direzioni dei Centri di Servizi in attesa di una revisione regionale dei criteri di accesso all'impegnativa sanitaria.

Il confronto di questi dati con i dati relativi ai flussi regionali sulle schede SVAMA di ingresso del 2017, fa emergere la considerazione sulle codifiche piuttosto semplificate che se sono pratiche per le necessità amministrative sono poco adeguate ai fini della valutazione dei bisogni assistenziali.

Al di là della concordanza sulla prevalenza di demenza tra la SVAMA e i nostri dati, la ricerca evidenzia la complessità dei pazienti dei Centri di Servizi e la rilevanza del carico di assistenza.

Lo studio suggerisce anche una considerazione a proposito dei profili SVAMA come criteri per indicare i livelli di assistenza dei pazienti: per i profili SVAMA l'80% dei pazienti avrebbe bisogni di assistenza medica di primo livello (minima o ridotta) e solo il 20% avrebbe un bisogno di assistenza di secondo livello (assistenza media).

I nostri dati, supportati da un dato hard come quello di mortalità, evidenziano come invece la distinzione amministrativa sia fuorviante e che la maggior parte dei pazienti abbia elevati bisogni di assistenza sanitaria.

La modalità di ingresso degli ospiti non prevede che sia preventivamente informato e coinvolto il medico incaricato di assistenza. Talvolta ne è informato il medico coordinatore aziendale ma senza che ci sia una comunicazione diretta anche con il medico che avrà la responsabilità della cura.

È evidente che questo può comportare problemi rilevanti per la presa in carico se manca una documentazione adeguata, soprattutto nel caso di persone che entrano in condizioni sub-acute o acute provenendo dal domicilio o dal Pronto Soccorso ad esempio per una broncopolmonite che ha aggravato una condizione di salute già compromessa, che richiede terapie e cure complesse, o persone che entrano in Centro di Servizi dopo un breve ricovero per ictus con esiti importanti, deficit multiorgano e instabilità clinica rilevante.

8.b I problemi di salute degli ospiti

Ogni giorno i MMG visitano circa il 21% dei loro assistiti complessivi ad evidenziare una necessità frequente di controlli diretti per motivi clinici, ulteriore segno della rilevanza dei problemi sanitari degli ospiti.

Le patologie del sistema cardiocircolatorio sono il principale gruppo di patologie croniche segnalate dalle schede SVAMA (78,7% delle persone), ma sono anche tra le cause di maggiore instabilità clinica alla base delle richieste di visite nei giorni indice (29%). Comprendono un gruppo di patologie come lo scompenso cardiaco, le nefropatie e cardiopatie ipertensive o aritmiche, gli esiti di ictus che richiedono monitoraggi attenti dei parametri biomedici e delle terapie non molto diversi dai protocolli seguiti in ospedale.

I "disturbi mentali/psicologici", comprendenti sia i disturbi d'ansia e depressione che i deficit cognitivi e mnesici, con o senza problemi di comportamento, correlati alla demenza, sono la prima patologia riportata delle SVAMA in ordine di frequenza (42%) per motivare la richiesta di ospitalità. Ma considerate le 3 codifiche possibili vengono segnalati complessivamente nel 69% delle schede.

L'anziano che entra nel Centro di Servizi è soprattutto una persona che emotivamente e psicologicamente sta male. Spesso questo malessere ha coinvolto anche la famiglia che lo ha avuto in carico rendendo non più gestibili le cure domiciliari.

Se non è demente il nuovo ospite è spesso consapevole che il Centro di Servizi sarà la sua ultima dimora dove non entra con le aspettative analoghe a quelle di un ingresso in ospedale di sperare di guarire, ma di prepararsi alla morte.

Oltre i problemi classificabili come patologie cliniche ci sono quindi da considerare un gruppo di fattori costituiti dall'emotività e dalla relazionalità che possono essere rilevanti al momento dell'ingresso nella struttura e condizionare l'evoluzione successiva. Portato in struttura il vecchio può sentirsi abbandonato dai familiari, e assumere comportamenti passivi di imitazione di ospiti in condizioni di totale dipendenza, ma altre volte si sente libero di "essere diverso" da come era a casa, mostrando lati di sé quasi sconosciuti ai propri cari.

In effetti a dispetto dell'opinione comune che l'istituzionalizzazione costituisca "l'ultima spiaggia" sia per il vecchio che per la famiglia, in molti istituti, che per vocazione strutturale o per dedizione di alcuni operatori danno spazio alle caratteristiche personali ed anche ai difetti dei singoli ospiti, senza sanzionarli, si assiste al "rifiorire" di alcuni vecchi, che mostrano di essere in grado di costruire relazioni nuove (sia con gli operatori che con altri ospiti), di recupe-

rare ed utilizzare alcune autonomie ed in definitiva di essere ancora motivati a vivere.

Dovrebbero essere previsti specifici programmi per la gestione della dimensione relazionale e affettiva della convivenza in Istituto degli ospiti, ma anche degli operatori, come fattore rilevante per gli esiti delle cure, ma soprattutto per dare valore e dignità alla vita residua.

Il 42% dei pazienti visitati nel giorno standard di rilevazione presentavano una demenza. La cura della persona con demenza che ha anche problemi fisici richiede una particolare sensibilità e capacità di comprensione dei sintomi e anche abilità semeiologiche, oltre che competenze professionali specifiche per l'uso di farmaci con alto profilo di rischio/beneficio. Vengono segnalate alte frequenze nella somministrazione di neurolettici spesso a dosi eccedenti a quelle raccomandate [41]. La concentrazione in un Istituto di tanti malati con problemi cognitivi a volte complicati da agitazione, e disturbi del comportamento, richiede a volte il ricorso a mezzi di contenzione con tutte le problematiche etiche e legali che possono comportare.

I nostri dati confermano soprattutto la comorbilità per la compresenza nel 53% degli ospiti di più di 5 patologie.

Tra queste le patologie cardiovascolari (29%), patologie respiratorie (18%), esiti di ictus (17%) e malattie neurodegenerative (4%), il diabete nel 17% dei casi, neoplasie nel 9%, l'insufficienza renale e poi problemi ad alto impatto sulla qualità della vita e di assistenza come la disfagia (20%).

Alle patologie nosologicamente definibili si associano le condizioni di disabilità motoria, come la sindrome da allettamento cronico con piaghe da decubito (20%) o la perdita di autonomia nell'alimentazione e nella gestione degli sfinteri che comportano altri rischi per la salute oltre che problemi di assistenza.

Il profilo sanitario e assistenziale degli ospiti è impegnativo come emerge dall'alta percentuale di pazienti con sondini-peg (9%) e di circa il 20% con catetere vescicale.

Solo il 15% degli ospiti è in grado di camminare autonomamente e questo suggerisce l'elevata percentuale di ospiti in condizioni di totale perdita di autonomia negli spostamenti. Il dato macroscopico che circa il 47% delle persone deve essere assistito con sollevatore per spostarsi dal letto da una dimensione del carico assistenziale che grava sugli operatori.

La comorbidità è supportata dal dato relativo al consumo di farmaci. In particolare, l'81% dei soggetti è in terapia continuativa con più di 5 farmaci che spesso derivano dalla somma delle prescrizioni farmacologiche dei vari specialisti incontrati nel tempo.

Un aspetto rilevante della qualità dell'assistenza medica dovrebbe prevedere la rivalutazione periodica delle terapie al fine di eliminare i trattamenti privi di evidenza di efficacia, ridurre le interazioni e conseguentemente le patologie iatrogene e i ricoveri ospedalieri.

La ricerca fa intravedere una epidemiologia specifica dei problemi di salute non separabili dai problemi di assistenza per questo setting di vita e di cure che dovrebbe essere oggetto di maggiore attenzione con ulteriori e approfondite ricerche interdisciplinari alla ricerca delle migliori evidenze.

8.c Dalla malattia alla persona malata, ovvero dal PDTA al PAI e al Patto di Cura

Le persone non sono corpi malati o fragili ma soggetti con una dimensione psichica, spirituale, con aspettative, timori, desideri, abilità residue. E spesso non sono sole, ma hanno alla spalle (o di fianco) una famiglia e intorno una "comunità" di altri fragili con problematiche simili che vive con una "comunità" di curanti. Purtroppo spesso il momento della UVMD, cioè della valutazione dei problemi multidimensionale della persona, ma anche multifocale, cioè vista dall'insieme della "comunità curante" è molto frammentaria, spesso ridotta sbrigativamente ad una codifica amministrativa e di procedure al momento dell'ingesso, senza una revisione periodica. Rare volte c'è la partecipazione dell'equipe intera o del coordinatore.

Le cure mediche in questa specifica popolazione assistita nei Centri di servizi obbligano ad una domanda chiara: quanto si può fare riferimento ai PDTA? È necessaria una riflessione sulla necessità di revisione degli algoritmi abbastanza rigidi (con accertamenti di primo e secondo livello, procedure meticolose, terapie spesso complesse...) previsti dai PDTA specifici per patologia, che acquisiamo dalle LG internazionali, perché evidentemente inadeguati a definire il percorso di cura di quella persona in quel contesto.

Le procedure di assistenza dovrebbero portare ad una ridefinizione del rapporto tra medico curante e specialista (o tra territorio e ospedale). Ad esempio i circa 980 diabetici ospiti dei Centri di Servizio dell'ULSS 9, che sono in gran parte non ambulabili, spesso allettati, con piaghe da decubito o demenza, difficilmente possono usufruire di consulenza nei Centro Antidiabetico pur essendo in gran parte complicati e in trattamento con insulina e non sono ragionevolmente inviabili in ospedale una volta l'anno per la diagnostica prevista dai PDTA come l'ecocolordoppler degli arti o delle carotidi o per il fondo dell'occhio o l'elettrocardiogramma.

Analoghe considerazioni valgano per i circa 1.630 cardiopatici complessi che, secondo le linee guida e i PDTA dovrebbero fare un ECG, una visita cardiologica un Rx torace e un ecocardiogramma ogni anno. Considerazioni simili si potrebbero fare sui 960 ospiti con malattie respiratorie croniche che dovrebbero fare ogni anno spirometria e visita pneumologica.

Le riflessioni sull'assistenza nei Centri di Servizi dove si concentrano numerose persone con polipatologie croniche ma anche in condizioni di non autosufficienza conducono a porsi un problema oggi centrale nell'assistenza ai cronici, utile anche per gli altri ambiti come le cure domiciliari.

Richiedono di fare chiarezza sul senso e sulla impossibilità pratica di utilizzare linee guida o PDTA specifici per patologia quando si devono curare i cronici polipatologici e fragili, non solo istituzionalizzati, ma anche in assistenza domiciliare. È necessario, invece, considerare il singolo soggetto con la sua originalità e adottare nella pratica piani di cura personalizzati (PAI: *Piano di Assistenza Individuale*) dei quali si parla in letteratura e in diversi atti legislativi tra i quali il *Piano Nazionale Cronicità* (PNC).

Bisogna riconoscere che nelle RSA e nelle Case di Riposo da molti anni si definiscono dei PAI, precedendo, sulla spinta del bisogno, quanto sarebbe stato definito nel PNC. La redazione del PAI non può essere fatta se non da chi conosce in modo approfondito il soggetto ospite del Centro di servizi, e quindi dall'intera equipe che lo ha in cura, con il consenso del soggetto o dei familiari.

La redazione del PAI tuttavia non può essere empirica e prescindere dalle linee guida internazionali e quindi dovrebbe basarsi, in prospettiva, anche sull'utilizzo di strumenti di tipo informatico che analizzano le librerie delle LG per le patologie di quel soggetto e supportano il medico in una definizione del PAI basata sulle migliori evidenze, razionale e appropriata per quella persona.

Il PAI non può essere comunque ridotto a procedura amministrativa e deve avere un referente medico che ne assume in qualche modo la responsabilità monitorandolo e prevedendo le opportune modifiche.

Il Piano Nazionale Cronicità prevede che oltre alla redazione la redazione del PAI venga redatto anche un Patto di Cura, sottoscritto dal paziente o da chi lo rappresenta e che venga pubblicato nel suo Fascicolo sanitario Elettronico.

8.d Dotazioni adeguate alle necessità delle cure

A fronte di questi bisogni di cure la criticità più sentita dai MMG è la mancanza di strumentazione diagnostica e di risorse per l'assistenza adeguate. A parte l'elettrocardiografo presente nel 74% dei casi, solo il 5% dei MMG utilizza

un ecografo, strumento che oggi potrebbe validamente completare la semeiotica tradizionale per la diagnosi al letto del malato. Oltre alla dotazione diretta di alcuni dispositivi diagnostici, e alla relativa formazione all'utilizzo, non solo da parte del medico, ma anche del personale infermieristico, la telemedicina è un campo di iniziativa quasi completamente da esplorare.

Il prontuario terapeutico è insufficiente e andrebbe adeguato alle mutate necessità per circa il 50% dei medici. Solo il 51,2% dei Centri di Servizi dispongono di software gestionali propri. Il dato sollecita a considerare la necessità di dotare le strutture di software adeguati agli standard di qualità previsti per la gestione delle schede sanitarie individuali informatizzate e all'obbligo dei flussi informativi richiesti dall'ACN e dagli Accordi Integrativi Regionali.

8.e Quali interazioni tra Centri di Servizi e ospedale?

Il 47% dei medici segnalano difficoltà nei rapporti con gli specialisti che raramente visitano l'ospite nella struttura, costringendolo a disagi pesanti per il trasporto in ambulanza in ospedale, con i relativi costi economici ma soprattutto con le conseguenze sul disagio dei pazienti e lo scompenso di equilibri precari. Per i principali gruppi di problemi dovrebbe essere organizzata una consulenza diretta tra medico curante e specialista anche con gli ausili della telemedicina, in un rapporto virtuoso tra azienda ULSS e Centri di Servizi.

Gli accessi in Pronto Soccorso motivati dal medico curante dovrebbero avere percorsi facilitati senza sottostare al normale triage, anche perché motivati da severità clinica già valutata [44].

Negli orari di assenza dalla struttura del medico titolare potrebbero verificarsi accessi impropri in Pronto Soccorso. Per ovviare agli accessi impropri sarebbe necessario favorire la compresenza di medici anche nei Centri di Servizi con meno di 60 ospiti, per una maggiore copertura oraria.

Un altro elemento importante nella valutazione di inviare o meno il paziente in PS è senza dubbio una tenuta ottimale del diario clinico, con consegne precise consegne al personale di assistenza ma anche al Medico di Continuità Assistenziale. I medici di Continuità Assistenziale dell'ambito territoriale dovrebbero essere preavvisati sui pazienti instabili o in cure terminali partecipando attivamente alla loro gestione. Le attuali modalità organizzative in AFT (*Aggregazioni Funzionali Territoriali*) dei medici del territorio e gli strumenti dei Patti Aziendali hanno i presupposti per favorire queste integrazioni professionali.

Una corretta applicazione delle procedure di dimissione protetta potrebbe predisporre la presa in carico nel Centro di Servizi di malati complessi ad

esempio programmando l'inserimento di accessi venosi (tipo picc-midline) prima delle dimissioni ...

Le cure nei Centri di Servizi sono anche uno stimolo a riconsiderare la normativa e le procedure sui rinnovi dei piani terapeutici per diversi malati come ad esempio i diabetici, gli scoagualati i pazienti con insufficienza respiratoria trattati con farmaci prescritti da specialisti che richiedono il piano terapeutico. Ad esempio nei Centri di Servizi veronesi circa 800 ospiti sono in fibrillazione atriale e circa la metà di loro sono scoagulati con farmaci come i NAO che richiedono la revisione del piano terapeutico ogni sei mesi.

Inviare queste persone a visita specialistica solo per il rinnovo del piano terapeutico comporta costi per il viaggio in ambulanza, costi per la visita specialistica, carichi di lavoro organizzativo senza contare il peso del disagio, e i rischi per le conseguenze, per l'anziano fragile, in precarie condizioni di salute fisiche o demente a rischio di ulteriore scompenso. Analoghi problemi ci sono per diabetici in trattamento con incretine o pneumopatici in cura con indacaterolo/glicopirronio e vilanterolo/umeclidinio.

I Piani Terapeutici potrebbero essere più semplicemente rinnovati dal medico incaricato dell'assistenza, se necessario anche con un consulto telefonico con lo specialista. Ci sono precise proposte e studi di fattibilità avanzate dai medici di famiglia che aspettano di essere realizzate in collaborazione con l'AIFA [43].

8.f Le decisioni "difficili"

Quando ricoverare in ospedale? Prendersi cura delle persone più complesse, senza un adeguato supporto dello specialista e dell'ospedale e decidendo in totale autonomia potrebbe da un lato comportare rischi di errore da parte del sanitario, e incomprensioni o tensioni con i familiari e la struttura. È noto peraltro che spesso trasferimenti per visite specialistiche o ricoveri in ospedale possono comportare complicazioni e sofferenze aggiuntive.

Mettere o no un sondino naso-gastrico, applicare una PEG, insistere con una nutrizione enterale, sospendere farmaci "salvavita" ma con pesanti effetti collaterali?

Condividere questi passaggi con l'èquipe curante, ma anche se possibile con il paziente e senza dubbio con il/i familiare può essere faticoso, delicato, e fonte di stress. Ma l'ambiente di cura del Centro di Servizi, proprio per la tipologia delle relazioni interne, non se ne può esimere. Si tratta in ogni caso anche di una fase a contenuto altamente professionale e andrebbe in qualche modo strutturata.

8.g Garantire l'umanizzazione del fine vita

La rilevanza dei problemi di salute e di assistenza nei Centri di Servizi è documentato dal numero delle persone in fase terminale che sono circa il 4% degli ospiti. In media in ogni giorno dell'anno, circa 218 ospiti nei Centri di Servizi dell'intera ULSS avrebbero bisogno di cure palliative.

Un dato caratterizzante dell'intero profilo delle cure del Centro di Servizi è che ogni anno muore circa il 27% degli ospiti. Un valore non lontano dal 34% di mortalità annuale registrato nelle *Nursing Home* in Olanda.

Dai nostri dati sembrerebbe che ci fosse un eccesso di mortalità per gli ospiti fuori convenzione rispetto a quelli in convenzione, verosimilmente dovuta al fatto che i Centri di Servizi diventano una risposta sempre più frequente per malati che si sono aggravati a domicilio o dimessi dall'ospedale perché in fase terminale. Da anni viene segnalata la necessità di una particolare attenzione [45] alla umanizzazione delle cure negli anziani e alla necessità di programmi specifici per la presa in carico di persone con ridotta capacità espressiva del disagio e del dolore perché affette oltre che da malattie cronico-degenerative o neoplastiche anche da demenza.

Numerose ricerche [46, 47, 48, 49] condotte in RSA e Centri di Servizi per anziani anche in Italia confermano la rilevanza del problema dell'assistenza ai terminali e propongono modelli di valutazione prognostica e di presa in carico.

La legge 38/2010 "tutela il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore per ogni età, ogni patologia e per ogni luogo di cura" e impegna le strutture socio-sanitarie e assistenziali ad attivarsi per far si che anche i propri residenti ricevano cure palliative appropriate nella fase di fine vita e del morire. Il DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA ripreso dalla DGRV 553 del 30 aprile 2018 prevedono "Percorsi integrati di cura a supporto dello sviluppo delle reti aziendali di cure palliative" distinguendole in Livello base e livello specialistico. Le cure per ospiti dei Centri di Servizi son perlopiù cure palliative di base per malati con patologie cronico-degenerative che non richiedono trattamenti farmacologici e strumentali complessi e che possono essere coordinate dal medico di medicina generale e dall'infermiere, con un buon raccordo con la famiglia e il personale di assistenza.

La DGR prevede una formazione e un supporto all'attività del medico e dell'altro personale di assistenza che dovrebbe essere promossa dall'ULSS.

I servizi di Cure Palliative dell'ULSS 9 offrono consulenze a domicilio e nelle strutture residenziali di tipo specialistico. L'assistenza poi è in carico al personale della struttura e al medico incaricato. Al momento non risultano attivi nu-

clei multidisciplinari di cure palliative nei centri di Servizi. In qualche limitata zona della provincia di Verona operano a domicilio équipes multiprofessionali dedicate (ONLUS) con garanzia di accesso H24.

L'applicazione della normativa dovrebbe promuovere la formazione degli operatori sanitari e l'avvio di programmi per:

- individuare tempestivamente le persone in fase di terminalità,
- attivare specifiche procedure per la palliazione di base e/o specialistica,
- implementare scale di valutazione dei sintomi e del dolore,
- implementare e migliorare le tecniche per il controllo dei sintomi,
- ridurre gli accessi in PS e il ricovero ospedaliero.

Implementare programmi con questi obiettivi richiede una iniziativa congiunta tra azienda ULSS, direzioni dei Centri di Servizi, con il coinvolgimento attivo del personale di assistenza, senza sottovalutare il ruolo che possono avere ONLUS e associazioni di volontariato che agiscono nel territorio [50-53]. Un ruolo rilevante in questi programmi dovrebbe essere svolto dal medico coordinatore aziendale.

8.h Le cure mediche nei Centri di Servizi: un compito del medico di famiglia?

La risposta adeguata alla domanda di cure sanitarie nei Centri di Servizi non può prescindere da una più complessiva e articolata strategia dei programmi delle *Long Term Care*.

Le cure mediche nei Centri di Servizi in Veneto vengono garantite dall'Azienda ULSS. Questa scelta storica è fondamentale per garantire i LEA e un controllo sugli standard delle cure, ma non è scontata vista la scelta di altre regioni di delegare profili di cura e scelta del medico alle direzioni degli istituti.

La responsabilità delle cure mediche nei Centri di Servizi è affidata in quasi tutti i centri di Servizi Veronesi (come in Veneto peraltro) ad un medico di Assistenza Primaria che perlopiù è un medico di famiglia. È motivata dal criterio di base della 833/78 della presa in carico per "quota capitaria", quindi non "a prestazione" (anche se prevede dei vincoli orari), perché non si tratta di un paziente curato a ciclo di malattia come in ospedale.

La scelta è stata fatta molti anni fa, ma la riconferma non era scontata e ha richiesto un confronto, e un dialogo, tra la componente medica, la Regione e solo una delle rappresentanze (l'URIPA) dei Centri di Servizi. L'orizzonte del confronto naturalmente toccava anche il tema centrale del ruolo del pubblico e del privato (convenzionato e *profit*) per le LTC in questo segmento strategico.

La DGRV 1231/2018, ha riaffermato in buona parte i valori originari della scelta, pur avendo introdotto una corretta estensione agli altri medici di Assistenza Primaria come i medici di continuità assistenziale, o in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale. Tenendo conto delle prospettive di carenza dei medici è prevista anche una estensione ad altre categorie mediche con modalità di incarichi libero-professionali.

La scelta di affidare le cure al medico di famiglia è motivata da due ragioni.
1. La collocazione dell'assistenza medica nei Centri di Servizi nell'ambito delle Cure Primarie, è in relazione dinamica con l'assistenza territoriale e domiciliare. Questa impostazione è coerente con il DM 70/2015 e più recenti indicazioni della Conferenza Stato Regioni che indicano di affidare, in via prioritaria, ai Medici di Assistenza Primaria la responsabilità delle cure nelle residenze extra-ospedaliere comprendendovi anche gli Ospedali di Comunità. L'accesso al Centro di Servizi già ora offre permanenze temporanee in "sollievo" per assistenze domiciliari in fase critica, molto apprezzato da famiglie e pazienti. Nel Centro di Servizi l'ospite, ma anche i suoi familiari, non raramente ritrovano lo stesso medico di famiglia che ha avuto l'anziano per tanti anni o un medico conosciuto operante in quel bacino territoriale, che può sviluppare interazioni positive con le associazioni di volontariato, i servizi sociali e le amministrazioni.
2. Il Medico di Famiglia è il medico dei domicili. L'unica figura medica che opera nel setting della dimiciliarità. Il profilo delle cure basate sui metodi della medicina generale/di famiglia caratterizzate da presa in carico continuativa per tutta la durata della permanenza nel centro di servizi e il carattere delle cure proporzionale allo stato complessivo di salute, con un ricorso alla eventuale diagnostica o alla intensità di cure di tipo incrementale in un approccio olistico ai pazienti e al rapporto con la famiglia.

In considerazione della popolazione esclusivamente anziana ospite nei Centri di Servizi è molto dibattuto l'affidamento delle cure a specialisti geriatri [40, 41] motivata dalla competenza specifica. In alcune Regioni il geriatra assume le funzioni di direttore sanitario.

La geriatria in quanto disciplina ha il ruolo fondamentale nella ricerca e nella proposta formativa e delle soluzioni per il LCT, ma non solo. I medici che operano nei Centri di Servizi sentono un bisogno rilevante di affidarsi al collega geriatra per una presa in carico diretta di alcuni pazienti in fase critica e di consulenza per definire percorsi condivisi sia sul singolo paziente che su problematiche più generali.

La lunga esperienza formativa acquisita "sul campo" da tanti medici di famiglia da un lato costituisce pure un patrimonio sia di "pratiche" che disciplinare

da organizzare meglio in un sapere condiviso con i colleghi geriatri sia per la cura al letto del malato che per la formazione.

Le precedenti valutazioni di principio devono tuttavia fare i conti con le luci e le ombre espresse nelle loro valutazioni dai medici sia sugli aspetti professionali che sul carico di lavoro complessivo.

Circa il 50% dei Centri di Servizi ha meno di 60 ospiti. È verosimile che in una buona parte di questi operi un solo medico. Questo potrebbe comportare alcuni problemi per le prestazioni non differibili in alcuni momenti della giornata e la sostituzione nei periodi di assenza del medico titolare. La contattabilità e l'accessibilità per la domanda di prestazioni non differibili sul territorio sono un tema in agenda anche con le ipotesi di riorganizzazione delle Cure Primarie enunciate nel PSSR con le forme associative della MG e i Team di Assistenza Primaria.

I MMG del nostro studio hanno in media 61 anni, sono massimalisti (1449 assistiti in media) il 72% sono maschi e il 28% sono femmine. Hanno una esperienza lavorativa di lunga durata in casa di riposo, in media 17 anni. Questo dato, considerato che il contratto per l'incarico di assistenza scade annualmente, evidenzia una scelta di stabilità nella prosecuzione dell'impegno assistenziale da parte dei MMG, che i MMG lo considerano coerente con il loro profilo professionale e, la maggior parte di loro, sostenibile anche rispetto al carico di lavoro complessivo come medici di famiglia.

Da un altro lato, l'età media di 61 anni dei MMG incaricati di assistenza, superiore all'età media dei MMG convenzionati a Verona, che è di 57 anni, comporta la necessità di prevedere un ricambio per effetto dei pensionamenti e il "reclutamento" di nuovi medici formati alla tipologia di assistenza necessaria nei Centri di Servizi.

I dati regionali confermano la diminuzione del numero di medici incaricati di assistenza e un corrispettivo aumento nel tempo del numero medio di assistiti. La criticità della carenza di medici in generale, e nello specifico anche di medici di famiglia, fa emergere nuove ipotesi, anche originali da parte di alcune regioni come il Veneto per affrontare le emergenze che non possono essere affrontate a scapito della garanzia di cure di qualità.

Il lavoro medico nei Centri di Servizi per la rilevanza del bisogno dei pazienti richiede una figura di professionista medico motivata e formata. È auspicabile che anche questo settore trovi chiarimenti nelle intese per il nuovo ACN per la Medicina Generale, nelle modalità applicative del Decreto legge 30 aprile 2019 anche in riferimento alle autonomie regionali in sanità e sulla programmazione delle Scuole di Formazione Specifica in MG.

8.i Il nuovo ruolo dei Centri di Servizi nel sistema sanitario e nel *welfare*

I Centri di Servizi oggi hanno una funzione essenziale non solo nel settore dell'assistenza ma anche nel settore sanitario vero e proprio che si è dilatato significativamente rispetto al recente passato.

I dati che emergono dai nostri studi confermano e rendono anche drammaticamente più evidente quanto già suggerito da altre ricerche e direttamente percepito dagli utenti e dagli operatori. I Centri di Servizio oggi non sono più "Case di Riposo" destinate ad ospiti in gran parte autosufficienti, che avevano bisogno perlopiù dell'ospitalità alberghiera e di una generica tutela. Svolgono le funzioni delle vecchie lungodegenze degli ospedali, che sono state chiuse, ospitando malati cronici in condizioni di fragilità e precarietà, ma anche di presa in carico di malati acuti in condizione di emergenza assistenziale e malati terminali.

I numerosi Centri di Servizi della provincia di Verona, che ricadono nell'ambito dell'ULSS 9 Scaligera, rappresentano una realtà diffusa nel territorio costituita da centri servizi autorizzati, sia pubblici che privati, che si è strutturata nel tempo tra il centro città e la periferia, nei comuni più popolosi della provincia ma anche nei più piccoli paesi periferici e di montagna. Questo testimonia come le comunità locali, soprattutto a partire dagli anni 50-60 del secolo scorso hanno prodotto una risposta positiva all'esigenza degli ospiti bisognosi di un domicilio protetto e di cure non gestibili a domicilio dalle loro famiglie e di poter usufruire dell'assistenza il più vicino possibile al luogo d'origine per preservare la rete delle relazioni interpersonali e il contatto con il territorio.

Tradizione e cultura locale mantengono spesso vive le relazioni tra singoli cittadini, associazioni di volontariato, parrocchie e centri civici con la "loro" casa di riposo e rappresentano valori aggiunti per un *welfare* efficace.

8.j Una "comunità curante" tra luci ed ombre, un percorso ed un obiettivo da costruire

Il setting di cura nei Centri di Servizi è strutturalmente diverso da quello domiciliare e da quello ospedaliero e, per le sue caratteristiche, ha bisogno di standard elevati nell'organizzazione e di un clima virtuoso nelle relazioni.

Lo stato d'animo dei medici emergente dai nostri dati fa intravvedere professionisti diversi. Alcuni sono gratificati per un lavoro che impegna a trattare malati difficili, che sanno emozionarsi per la relazione con persone fragili, per i piccoli guadagni, ma anche accettare l'evoluzione delle cose. Altri soffrono,

anche in modo rilevante lo stress emergente dalle difficoltà organizzative e relazionali. Un quarto dei medici sembra non intravvedere prospettive di miglioramento del proprio ruolo e dichiara che se potesse lascerebbe questo incarico.

L'attività medica, ma anche degli altri operatori di assistenza in ambienti di cura ad alta intensità sanitaria/assistenziale d'altra parte richiedono, oltre che competenze specifiche, anche forti motivazioni personali

Si tratta di temi largamente dibattuti tra gli addetti (54, 55, 56, 57, 58) e di frequente emergenti anche alla cronaca [59, 60] con iniziative che tendono a individuare le tematiche misurando e valutando i servizi di assistenza residenziale (61). Un indice chiaro della rilevanza del tema dell'interazione professionale è dato dal fatto che la maggior parte dei criteri sui quali si basa la valutazione del medico da parte del Rappresentante Legale della struttura non sono sugli esiti clinici ma sulla qualità delle relazioni che il medico sviluppa con i familiari, con la direzione, con le altre figure professionali.

Nel setting domiciliare c'è un rapporto di negoziazione diretto tra medico curante e paziente con la sua famiglia che si basa su un rapporto fiduciario. Il responsabile clinico e organizzativo è il medico che se ne assume oneri ed onori. In ospedale il paziente rimane poco tempo per cure ad alta intensità, c'è una organizzazione gerarchica tra figure professionali, le responsabilità sono in parte dei medici e in parte della struttura, la famiglia non ha un ruolo di "pagante", assume un atteggiamento più passivo e caso mai con una valutazione degli esiti

Nei Centri di Servizi da un lato c'è un gestore "amministrativo" (pubblico o privato), e dall'altra c'è la famiglia del paziente che comunque paga una quota rilevante per l'assistenza alberghiera e spesso anche per l'assistenza sanitaria. La famiglia che decide di non poter curare l'anziano a domicilio e di trasferirlo, perlopiù definitivamente, in un Centro di Servizi sente comunque di dover esercitare un ruolo attivo di sorveglianza o di suggerimenti per le cure o comunque per mantenere la relazione affettiva. Possono essere anche più frequenti gli atteggiamenti di critica e recriminazione sostenuti da sensi di colpa.

Tra i compiti contrattuali del medico è previsto un tempo dedicato alle relazioni con i parenti.

Ma il 70% dei medici dichiarano di avere difficoltà a gestire questa relazione. E talvolta qualcuno potrebbe rinunciare a impegnative riunioni per informare e cercare di condividere le scelte di cura e cedere a scelte di medicina difensiva. È evidente d'altra parte che il medico non è l'unico interlocutore, ma la struttura nel suo complesso deve porsi nell'ottica del dialogo collaborativo con le famiglie.

Il 28% dei medici segnala conflitti con le altre figure professionali o con la direzione. La particolare collocazione professionale del medico curante come libero professionista, dentro una struttura dove gli altri operatori sono dipendenti, non crea rapporti gerarchici come in ospedale. In alcuni Istituti le relazioni tra medici e altri operatori, ma anche tra infermieri, operatori socio-sanitari, terapisti della riabilitazione, logopedisti, psicologo sono disturbate anche da appartenenze a differenti datori di lavoro o da contrattualizzazioni differenti.

Pertanto il rapporto interprofessionale dovrebbe fare leva sulla condivisione dei progetti di cura e su un clima di intesa e rispetto reciproco costruito.

Dovrebbero essere implementati per questa ragione programmi di formazione condivisa. I rapporti con le direzioni sono generalmente buoni, anche perché il rapporto di lavoro si basa sul gradimento dell'operato del medico da parte del Responsabile Legale della struttura. Ma non sono rari motivi di conflitto per obiezioni su attività cliniche del medico o per rimostranze dei medici su aspetti organizzativi e su procedure di cura.

Le Unità Operative Interne dovrebbero essere opportunamente valorizzate come momenti di soluzione dei conflitti e di condivisione dei progetti di cura.

In diversi di questi aspetti ha ancora una volta un ruolo fondamentale il medico coordinatore non solo con funzioni di verifica e mediazione interna sulle criticità, ma soprattutto per creare i momenti formativi sugli aspetti relazionali oltre che sui più importanti protocolli di cura.

8.k Un LEA a rischio? Il rapporto tra ULSS ed Enti Gestori tra valori e rischi

Non rientra nelle competenze dei medici una compiuta capacità di analisi e di proposta sul sistema di assistenza residenziale per i non autosufficienti. È una sfera che attiene alla politica e alle relazioni tra le componenti sociali. I medici, d'altronde, anche quando hanno avuto incarichi nella politica non hanno sempre dimostrato chiarezza di vedute e saggezza nelle gestioni.

Nelle relazioni quotidiane con le direzioni dei Centri di Servizi tuttavia i medici percepiscono le preoccupazioni per le difficoltà economiche, che si ripercuotono sulla gestione, per le impegnative sanitarie con valori fermi dal 2009, per i ritardi nella riforma delle IPAB e la revisione complessiva del sistema di assistenza per i non autosufficienti.

A fronte della domanda si assiste all'apertura di nuovi Centri di Servizi ad opera di privati anche *profit*, che se da un lato possono essere una risorsa per rispondere meglio ai bisogni di assistenza, fanno emergere rischi di delega delle cure sanitarie, al di fuori di una indispensabile ruolo di programmazione e

controllo degli standard da parte del pubblico responsabile della equità e qualità nella erogazione dei LEA.

Sono noti i rischi di "concorrenze" tra Centri di Servizi sugli aspetti economici a discapito della qualità dell'assistenza e delle cure sanitarie.

Con la DGR 1231/2018 il Veneto ha ribadito le scelte precedenti, in coerenza con la Legge Regionale 23 del 2012, con la quale "l'assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti presenti nel centro di Servizi viene assicurata dall'azienda ULSS, incaricando uno o più medici individuati dal Direttore Generale in accordo con il rappresentante legale del Centro di Servizi".

Tuttavia ci si aspettava maggiore chiarezza sul ruolo dell'ULSS nella promozione (e nella verifica) degli standard di assistenza, nella rilevazione delle principali problematiche dei rapporti tra Centri di Servizi, specialistica e ospedale, nella formazione interprofessionale.

Un ruolo rilevante per queste funzioni potrebbe averlo il medico coordinatore, coadiuvato da un "nucleo di monitoraggio e promozione della qualità delle cure" riferito ad un ambito territoriale, es a livello distrettuale, composto da referenti delle direzioni dei Centri di Servizi, degli infermieri coordinatori interni alle strutture e dei medici incaricati dell'assistenza ed agire in stretta collaborazione con gli specialisti e gli ospedali di riferimento.

Il "nucleo di monitoraggio e promozione della qualità delle cure" potrebbe essere promotore della rilevazione delle problematiche emergenti, della ricerca e della formazione finalizzata alla adozione di procedure di assistenza e su protocolli di cura condivise, come solo ad esempio:

- prevenzione e trattamento delle infezioni,
- mobilizzazione degli allettati,
- prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione,
- fisioterapia riabilitativa,
- gestione dei pazienti disfagici,
- gestione dei pazienti con demenza,
- la contenzione,
- rilevazione della terminalità e cure palliative,
- gestione della scoagulazione,
- gestione delle relazioni con i familiari,
- la consulenza specialistica,
- l'accesso al pronto soccorso,
- …

Il monitoraggio delle problematiche e lo sviluppo di programmi e standard di attività nei Centri di Servizi su queste e altre tematiche dovrebbe essere un

fertile terreno di incontro tra ULSS ed Enti Gestori, con la partecipazione attiva e interprofessionale degli operatori, potrà favorire la qualità delle cure oggi indispensabile nei Centri di Servizi.

8.l Proposte formative per le nuove generazioni di medici dei Centri di Servizi

"La formazione degli operatori per la cura e l'assistenza all'anziano è un aspetto particolarmente critico all'interno dei sistemi formativi in Italia" così si apriva un editoriale di Marco Trabucchi qualche anno fa [40].

Il SSN e SSR Veneto hanno raggiunto standard di altissimo livello, ma oggi sentono la necessità di un rapido adeguamento ai nuovi bisogni. Nello specifico settore delle cure agli anziani è indispensabile rivedere obiettivi e contenuti della formazione sia negli ospedali che nei servizi territoriali dove sempre più spesso vengono trasferite le funzioni di cura.

L'assistenza medica "di base" agli ospiti nei Centri di Servizi richiede una preparazione professionale con competenze specifiche, una disponibilità al lavoro in equipe multiprofessionale e multidisciplinare oltre che una naturale predisposizione alla relazione di cura con pazienti fragili e spesso poco o per nulla interattivi.

Dalle valutazioni precedenti possiamo ricavare alcuni suggerimenti per la formazione dei nuovi medici che saranno incaricati dell'assistenza nei Centri di Servizi tenendo conto anche che, in pochi anni, sarà necessario sostituire un elevato numero di medici che si sono formati "sul campo" con altri che avranno bisogno invece di un percorso più strutturato.

In Veneto la DGR 1231/2018 prevede che possano essere incaricati di assistenza oltre che MMG in convenzione anche Medici di Continuità assistenziale, Medici con diploma di formazione specifica in graduatoria per la convenzione e Medici con diploma non in graduatoria per la convenzione. Quindi potranno essere incaricati anche medici che non hanno alle spalle una esperienza come Medici di Famiglia e che per un periodo più o meno lungo potrebbero non esercitare come tali. Per alcuni di loro potrebbe configurarsi una opzione preferenziale all'attività nei Centri di Servizi per il resto della loro attività professionale.

La formazione specifica nella Scuola di Medicina Generale dovrebbe prevedere nuove modalità organizzative in un segmento formativo dedicato, eventualmente opzionale, per gli specializzandi che contempli contenuti disciplinari, formazione alla pratica di assistenza, formazione alla ricerca tra loro

integrate. La formazione dovrebbe contemplare sia l'attività d'aula e si struttura nei tirocini in ambienti ospedalieri e soprattutto nei Centri di Servizi in presenza del medico tutor e di altre figure professionali.

In questo percorso il medico in formazione acquisirebbe competenze cliniche sia per curare pazienti con plurime patologie croniche (diabete, demenza, malattie cardiovascolari...) sia in condizioni acute di instabilità e conoscenze nell'ambito delle cure palliative.

Un segmento del curriculum formativo dovrebbe mettere a fuoco le tematiche delle cure, ma anche delle dinamiche relazionali per l'effetto che hanno sulla qualità della vita, dello sviluppo dei problemi, ma anche nella soluzione dei problemi, nel setting specifico dell'ambiente comunitario dei Centri di Servizi.

Inoltre, considerando che i Centri di Servizi sono sempre di più l'ultima dimora per i pazienti anziani che vi accedono per malattie cronico-degenerative e per gli oncologici terminali, il medico dovrebbe sviluppare la capacità di lavorare in un team multiprofessionale e sapersi interfacciare con i pazienti e i loro familiari.

L'elemento chiave, in questo senso, è la comunicazione con gli altri membri dell'equipe, con i parenti degli ospiti e i pazienti stessi che non può essere concepita solo come qualità innata del medico ma dovrebbe essere intesa come apprendimento formativo specifico.

Infine, considerata la necessità di evitare per quanto possibile il trasferimento degli ospiti in ospedale per la diagnostica, la Scuola di Medicina Generale del Veneto, potrebbe prevedere dei corsi di formazione all'uso dell'ecografo al letto del paziente o all'uso dell'ECG, dello spirometro, dell'Holter pressorio o cardiaco, che sarebbero utili nella diagnostica di primo livello.

9. Conclusioni

Con il cambiamento del ruolo degli ospedali, destinati alle patologie acute, la domiciliarità con il sistema dell'ADI, gravata da una domanda in costante aumento, i Centri di Servizi oggi rappresentano un segmento nuovo delle Cure Primarie, sempre più rilevante per le cure mediche e l'assistenza nell'ultima parte della vita per molti anziani non autosufficienti gravati da polipatologie e fragilità.

Il Centro di Servizi non può peraltro coprire una domanda di cure mediche per subacuti o ad alta intensità (ad esempio per malati terminali) provenienti da altri ambiti, ma dovrebbe essere parte di una rete di servizi extraospedalieri e residenzialità intermedia che comprenda anche *Hospices*, *Ospedali di Comunità* e *Unità Riabilitativa Territoriale* (URT).

La caratteristica dei Centri di Servizi di essere l'ultima residenza per molte persone che entrano coscienti di questa circostanza in una struttura a dimensione comunitaria, distaccati dall'ambiente familiare, richiede anche adeguati standard gestionali e specifiche competenze professionali per garantire una dignitosa qualità di vita e le cure necessarie.

L'accesso ai centri di Servizi dovrebbe essere garantito ad un maggior numero di persone rispetto al dato attuale tenendo conto del rilevante numero di ospiti senza impegnativa di residenzialità.

Dovrebbe essere previsto anche un accesso "protetto" per persone con bisogni urgenti non gestibili a domicilio o nelle altre sedi.

L'assistenza medica nei Centri di Servizi ripropone anche il tema del rapporto tra territorio e ospedale per la gestione della cronicità sia con il potenziamento della diagnostica interna alla struttura che con percorsi condivisi sia in ingresso che in uscita dall'ospedale (dimissioni protette).

La grande diffusione sul territorio di Centri di Servizi con gestioni differenti richiede la necessità di definire protocolli di cura omogenei su tutto il territorio e condivisi tra i professionisti, per le principali problematiche come la demenza, i problemi psicologici e disturbi del comportamento, le infezioni, il trattamento dei decubiti, la terminalità e le cure palliative.

L'ULSS che deve comunque garantire le cure sanitarie dovrebbe promuovere l'adozione di questi protocolli favorendo un ruolo maggiore del medico coordinatore coadiuvato a livello distrettuale da un "nucleo di monitoraggio e promozione della qualità delle cure".

Il Centro di Servizi è un ambito di cure dove deve crescere l'integrazione tra sanitario e sociale promuovendo una formazione condivisa tra le diverse figure professionali implicate nell'assistenza.

Il ricambio generazionale imposto dall'uscita dalla professione nell'arco di pochi anni di una parte rilevante dei MMG attualmente incaricati dell'assistenza impone l'adozione di piani formativi specifici per i nuovi medici all'interno della scuola di formazione specifica in Medicina Generale anche attraverso un tirocinio formativo diretto nei Centri di Servizi.

10. Altri sguardi sulla realtà dei Centri di Servizi e sui bisogni degli ospiti

I Medici di Famiglia che operano nei Centri di Servizi Veronesi hanno prodotto alcuni dati percepibili dal loro angolo visuale che è ovviamente parziale, e forse anche un po' deformato, per tante ragioni.

Riteniamo che la realtà degli istituti assistenziali per non autosufficienti, per il ruolo che oggi hanno nel nostro sistema di *welfare*, e per le prospettive future, debba essere oggetto di ulteriori e più approfonditi studi in ambito sanitario, sociale e antropologico.

Alla fine di questo lavoro sui bisogni di cure degli ospiti dei Centri di Servizi, ci rendiamo conto che non è possibile chiuderlo, anche per i limiti che ha, ma che sia necessario aprirlo ad alcune brevi valutazioni provenienti da altri angoli visuali e da altre sensibilità.

La non autosufficienza oggi è una sfida di civiltà che richiede un approccio di sistema che sia sintesi delle competenze non solo sanitarie, ma anche e forse soprattutto provenienti dai decisori politici, dagli amministratori, dai sindaci, dalla società civile del territorio e non ultimo dalla sensibilità degli stessi cittadini.

Giovanni Bonadonna*

Opportuno ed utile questo studio promosso dai medici di medicina generale della ULSS 9 Scaligera, che illustra con ricchezza di dati le complesse problematiche dell'assistenza sanitaria nei Centri di Servizi. In queste strutture vengono erogati servizi di assistenza sanitaria e sociale per un numero crescente di persone; persone sempre più anziane, sempre più gravate da poli-patologie croniche e sempre più in condizioni di fragilità e di isolamento sociale.

Le persone assistite nei Centri di Servizi necessitano di una presa in carico globale, con approccio olistico rivolto a tutti i bisogni della persona: bisogni di tipo biologico, psicologico, spirituale e sociale.

Nei Centri di Servizi è necessaria un'assistenza multiprofessionale e interdisciplinare, con modelli assistenziali integrati tra strutture di ricovero, strutture

territoriali, cure domiciliari. Da questo studio, effettuato mediante la compilazione di questionari da parte di MMG, emergono alcune caratteristiche peculiari dell'attuale situazione dell'assistenza sanitaria nei Centri di Servizi:
• frequenza di ospiti in fase critica, con instabilità clinica ed elevato bisogno assistenziale,
• frequenza di ospiti affetti da patologie croniche complicate che necessitano di consulenza specialistica,
• frequenza di ospiti con decadimento cognitivo e demenza,
• frequenza di ospiti con patologie croniche in fase avanzata ed in fase di terminalità.

Dalle suddette peculiarità assistenziali dei Centri di Servizi derivano alcuni bisogni fondamentali, che lo studio mette in evidenza con chiarezza e dei quali è indispensabile tenere conto nella futura evoluzione di queste strutture:
– necessità di adeguamento dei profili professionali, con nuovi bisogni formativi che riguardano sia competenze tecnico-professionali (per la gestione dei pazienti critici, pazienti con demenze, pazienti con malattie metaboliche, pazienti terminali), che competenze relazionali (difficoltà relazionali con i familiari, con altre figure professionali, con la direzione).
– necessità di nuovi modelli organizzativi, che privilegino la integrazione interprofessionale ed interdisciplinare.

Numerosissimi gli spunti emersi dallo studio che necessitano di essere sviluppati ed approfonditi, di seguito mi limito ad alcune brevi considerazioni su alcuni aspetti di maggiore pertinenza con il campo di interesse del Comitato Etico per la Pratica Clinica Aziendale, che attualmente presiedo.

L'elevata prevalenza di pazienti con decadimento cognitivo e con demenza (superiore al 50%), di un numero elevato di pazienti con allettamento cronico (circa 20%), con disfagia (circa 20%), con stomie (circa 9%), induce ad una riflessione sulle modalità di partecipazione di questi ospiti e dei loro familiari alle decisioni di cura.

La criticità maggiore evidenziata dal questionario, che risulta essere la conflittualità con parenti di ospiti (segnalata come problema nel 70% dei questionari), può essere con buona probabilità collegata a difficoltà di tipo comunicativo e relazionale con gli ospiti e con la rete di prossimità degli stessi.

Molto opportunamente tra i bisogni formativi per le nuove generazioni di medici dei Centri di Servizi viene segnalato: "il bisogno di formazione alla capacità di comunicazione/relazione con gli ospiti, con i loro familiari, con i colleghi, che non può essere considerata come qualità innata, ma dovrebbe essere appresa attraverso corsi e tirocini specifici".

La presenza di numerosi pazienti in fase avanzata di malattia e di terminalità può porre spesso complessi problemi di natura etica, relativi alla valutazione della proporzionalità delle cure ed alla pianificazione condivisa delle cure; tali problematiche richiamano la necessità di una cultura specifica nel campo della palliazione e dell'accompagnamento di tali pazienti.

La presenza di numerosi ospiti in stato di allettamento cronico rende opportuna una riflessione sulla problematica della contenzione nelle strutture sanitarie per anziani e sugli aspetti culturali ed organizzativi ad essa connessi.

I medici e gli altri professionisti che operano nei Centri Servizi, affrontano quotidianamente le situazioni più complesse collegate alla fragilità ed alla sofferenza della vita umana nella sua fase più avanzata; per questi professionisti è indispensabile una formazione specifica prelaurea e postlaurea (formazione continua), che riguardi sia aspetti professionali che relazionali ed umani.

Tale tipo di formazione è compito degli organismi istituzionalmente proposti alla formazione del personale sanitario.

I Comitati Etici per la Pratica Clinica, organi aziendali istituzionalmente previsti per la consulenza etica e per la formazione relativa alle questioni etiche correlate alla pratica assistenziale, possono dare il loro contributo nella formazione continua postlaurea dei professionisti, in particolare in riferimento agli aspetti etici della comunicazione e della relazione di cura, agli aspetti etici della informazione e del consenso alle cure, agli aspetti etici della contenzione nelle strutture sanitarie, agli aspetti etici delle cure palliative.

D.ssa Concetta Nicotra*

Anziani e Case di riposo: la necessità di un approccio integrato

L'allungamento della speranza di vita nei paesi occidentali ha portato ad un aumento delle patologie legate all'invecchiamento, tra le quali demenze, i disturbi del comportamento, i disturbi psichiatrici (depressione, insonnia, ansia).

Tali problematiche sono considerate oggi una "malattia sociale", perché non coinvolgono solo l'individuo malato, ma anche la rete sociale in cui è inserito. Le famiglie sono profondamente coinvolte nel processo di cura ed assistenza, e si trovano ad affrontare enormi stress fisici e psicologici.

L'aumento delle patologie con cormobilità psichiatrica comporta un aumento di fabbisogno di risorse, che portano anche ad una diminuzione della qualità e del livello di servizio. L'ISTAT nel 2018 rileva che al crescere dell'età, aumenta la prevalenza dei disturbi mentali. Si passa dal 5,8% tra i 35-64enni, al 14,9% per le persone oltre i sessantacinque anni.

Nel decennio compreso tra il 2005 e il 2015, la prevalenza di depressione e di ansia cronica ha registrato un aumento dal 12,6% al 14,5% nella popolazione anziana (tasso standardizzato per età), mentre è rimasta stabile nei giovani e negli adulti. Tra gli anziani inseriti nei centri servizi ritroviamo sia i pazienti psichiatrici che invecchiano, che i pazienti che presentano disturbi psichici in età avanzata. Nel primo gruppo, invecchiando, presentano in prevalenza sintomatologia deficitaria con perdita delle competenze sociali e multimorbilità per lo scadere delle condizioni fisiche.

Nel secondo gruppo abbiamo i disturbi mentali organici con espressività clinica (tra cui i disturbi del comportamento) che raggiungono il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni e i disturbi d'ansia e dell'umore che, possono raggiungere il 60% in casa di riposo. Infatti, secondo il contesto in cui sono valutati (casa, ospedale, istituto per lungodegenti), si trovano percentuali che variano dal 5 al 60% della popolazione degli ultrasessantacinquenni.

Vanno inoltre ricordati i comportamenti suicidari, tenendo conto che circa il 35% degli agiti letali è compiuto da anziani, verso il 15% della popolazione generale. I soggetti anziani ricoverati in ospedale, che occupano un terzo dei posti, possono avere o possono sviluppare un disturbo comportamentale. Questi ultimi sono la ragione principale (per una percentuale fino al 50%) dei ricoveri in case di riposo.

I disturbi del comportamento sono tra i disturbi più costosi che colpiscono gli anziani, ciononostante, la ricerca in questo campo è stata scarsa, in particolare per quanto concerne l'impiego più appropriato degli psicofarmaci dove purtroppo gli studi disponibili sono sorprendentemente pochi.

È urgente e necessario caratterizzare meglio l'epidemiologia, la storia naturale e il trattamento dei disturbi del comportamento nella demenza nei soggetti anziani. Nelle case di riposo la popolazione è rappresentata da soggetti anziani, spesso affetti da numerose patologie e conseguenti pluri-trattamenti farmacologici. La complessità di questo quadro richiede particolare attenzione nella ricerca della dose minima efficace.

Allo stato attuale ci si orienta a trattare le psicopatologie dell'anziano con gli stessi trattamenti della popolazione più giovane, ponendo però particolare attenzione ai dosaggi, che devono essere adattati al concomitante uso di altri farmaci e resi progressivi a seconda della risposta o dell'insorgenza di altre patologie. Come regola generale per l'individualizzazione del dosaggio, è sempre opportuno iniziare con dosi molto basse, con una o due somministrazioni giornaliere allo scopo di saggiare la reattività individuale (effetti terapeutici, effetti indesiderati, reazioni idiosincrasiche, ecc.).

Analogamente la durata del trattamento deve essere individualizzata a seconda delle esigenze cliniche del singolo paziente.

Altre indicazioni generali di prassi consolidate, richiedono la valutazione di possibili interazioni tra psicofarmaci (es. BDZ) e sostanze depressogene del SNC, quali alcol, prodotti contenenti antistaminici (interazione può produrre sedazione, confusione, o comportamento disinibito). Le BDZ non sarebbero indicate nei pazienti affetti da decadimento cognitivo con disturbi del comportamento in quanto potrebbero aggravare lo stato confusionale.

Come è possibile migliorare la risposta ai bisogni di salute mentale della popolazione anziana accolta nelle case di riposo?

Abbiamo già ricordato che la percentuale di anziani sta aumentando in tutto il mondo; sappiamo anche che alcune malattie mentali sono particolarmente comuni in tarda età, mentre altre assumono caratteristiche diverse e presentano particolari problemi di gestione. Nell'anziano i sintomi psichici sono spesso dovuti all'interazione di molteplici cause; sono inoltre comuni difficoltà sociali, multipli problemi fisici e deficit sensoriali. Le malattie mentali dell'anziano, inoltre, non solo coinvolgono il paziente, ma determinano sofferenza a tutto il gruppo familiare, con costi diretti e indiretti non trascurabili.

Quindi non è sufficiente conoscere la consistenza epidemiologica della nostra popolazione per cominciare a muoverci in una prospettiva allargata di salute pubblica. Sussistono, infatti, stereotipi che alimentano condotte poco incisive con gli anziani e che poggiano su concetti ormai superati come quello del "deficit model", secondo cui le malattie sarebbero connaturate all'irreversibile degenerazione del divenire vecchi (*senectus ipsa morbus*).

Tra la psichiatria e l'anziano vi è poi un rapporto complesso in cui si intrecciano alcuni storici pregiudizi, come quello della netta distinzione tra organico e funzionale (i pazienti psico-organici devono essere curati dai Neurologi?).

In tutti i casi si sottolinea e si evidenzia la necessità di servizi integrati, di strutture a diversa finalità e adeguati servizi che garantiscano la continuità delle cure, anche con possibilità di poter ospitare temporaneamente le persone con patologie mentali gravi (disturbi del comportamento e depressioni) non gestibili al domicilio, per preservare il più possibile la permanenza dell'anziano a casa.

Va incentivata l'integrazione fra operatori sanitari, sociali e fra diversi servizi proprio a causa della complessità clinica, della lunga durata della malattia, del notevole carico assistenziale richiesto dai numerosi attori coinvolti.

È proprio in questo ambito che ci può venire in aiuto l'attività di Consulenza Psichiatrica in Medicina Generale (MG). La consulenza psichiatrica rappre-

senta un'area di confine fra Medicina e Psichiatria, che ad oggi purtroppo viene ancora vissuta come sconfinamento di intervento sia per il medico che per lo psichiatra. Saper cogliere e gestire tutte le componenti somatiche e psichiche della sofferenza, è invece la chiave per uscire da questa situazione.

Superare l'"impasse" della dicotomia mente-corpo rappresenta il principio ispiratore del modello di Psichiatria di Consultazione e Collegamento (PCC). Dove applicato questo modello ha ridotto i costi di ospedalizzazione (riduzione del 14% del tempo di degenza) soprattutto se si effettuano interventi precoci. Inoltre, il controllo della comorbidità somato-psichica si traduce in una riduzione del carico assistenziale, in una facilitazione dell'iter diagnostico e terapeutico. Quindi, si rendono possibili interventi più efficaci, favorendo la "compliance", riducendo sia gli insuccessi terapeutici, sia le reazioni di "burn-out" da parte del personale sanitario (Gala, 1996).

In linea con quanto sopra esposto è stato attivato nel distretto 4 dell'ULSS 9 di Bussolengo all'interno del UOC Cure Primarie, un Servizio di Psichiatria di Consultazione e Collegamento rivolto ai MMG, (soprattutto dedicato ai pazienti anziani con disturbi psichici e/o comportamentali).

In breve le principali attività riguardano:

- attività formative rivolte ai MMG e agli operatori dei centri servizi;
- integrazione e coordinamento con le diverse aree specialistiche;
- coinvolgimento del nucleo famigliare nel processo terapeutico;
- consulenza sull'appropriatezza prescrittiva farmacologica;
- consulenza telefonica ai MMG affinché il medico di famiglia rivesta un ruolo più attivo e ricettivo;
- gruppi di supervisione e supporto psicologico a MMG e operatori sanitari per prevenire casi di burn-out.

Queste attività si traducono in benefici diretti ai pazienti, alle strutture sanitarie ed ai medici stessi.

Conclusioni

La psichiatria comincia a cercare strategie più efficaci per affrontare il problema della salute mentale nella popolazione che invecchia. Il fine dei trattamenti deve essere il miglioramento della salute e della qualità di vita, la preservazione dell'autonomia e la prevenzione del Burn-out negli operatori. Occorre costruire e migliorare servizi, fare adeguata formazione del personale e ricerche sul campo in quanto la ricerca scientifica in questo campo è stata scarsa.

Le aree su cui concentrare gli sforzi sono le demenze, i disturbi affettivi e il suicidio, tutte patologie ad alto impatto psicosociale ed elevati costi. È stato di

recente calcolato che i soli disturbi affettivi trattati in maniera inadeguata, comporterebbero una spesa pari al 4% del costo totale delle spese sanitarie.

Si individuano come obiettivi prioritari la sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale ai problemi mentali degli anziani e la possibilità di offrire un training specifico a tutti gli operatori sugli aspetti delle condizioni psichiatriche e mediche che colpiscono gli anziani. Utile sarebbe la costituzione di gruppi multidisciplinari con medici di diverse specialità, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ben integrati nel sistema sociale e sanitario, che pongano al centro i bisogni e i desideri individuali del paziente.

I gruppi multispecialistici dovrebbero poter disporre di un ampio ventaglio di risorse, che possano comprendere unità di degenza per l'anziano con disturbi psichici acuti, RSA geriatriche (con modulo psichiatrico), day hospital, centri diurni, ambulatori con unità valutative psicogeriatriche, per fornire un approccio specialistico e multidimensionale al paziente.

Se si riuscisse ad affrontare con migliori strumenti la sofferenza dell'anziano nei suoi vari aspetti, la certezza è che potremmo far molto per migliorare la qualità di vita dei pazienti, degli operatori e dei nuclei famigliari di appartenenza.

D.ssa Loredana Ferrari*

Quanto qui riportato è il punto di vista di infermieri professionali di Centri Servizi in incontri avuti nei team multiprofessionali per l'analisi delle criticità e per migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali [55].

"Nella relazione con l'ospite anziano, l'infermiere deve costruire un'alleanza terapeutica, infondendo fiducia e tranquillità. La relazione con l'ospite anziano non è sempre possibile e facile, soprattutto perché molti di loro hanno deficit cognitivi che non consentono una comunicazione sufficiente o comprensibile.

Rispetto quindi ad altri contesti lavorativi, le capacità umane e professionali richieste sono maggiori e di conseguenza la motivazione a ricercare costantemente tali prerogative è di fondamentale importanza per la qualità della relazione e delle prestazioni. L'approccio professionale deve essere volto a mantenere il più possibile l'autonomia dell'anziano o la preservazione delle sue capacità residue, oltre al monitoraggio delle condizioni cliniche per evitare eventi precipitanti o a cascata.

Le criticità organizzative riguardano principalmente il sistema di accesso alle informazioni, il supporto organizzativo, i carichi di lavoro, la chiarezza di ruolo, le relazioni tra il personale, la mancanza di protocolli per la sicurezza e per il controllo di qualità, la periodicità delle unità operativa interna per il

PAI, la formazione. In questo contesto di cambiamenti è indispensabile trovare i modi per motivare il personale, tramite riunioni mensili tra le diverse figure professionali, facendo emergere di volta in volta le criticità, i vari percorsi intrapresi, ulteriori fasi di rivalutazione e di soluzioni possibili.

Oltre a contribuire al coinvolgimento, ad accrescere il senso di appartenenza, la comunicazione interna deve essere volta a garantire che i principi fondamentali dell'assistenza e gli obiettivi siano pienamente compresi, condivisi e diffusi per aumentare la motivazione degli operatori.

Accertare periodicamente la motivazione del personale, attraverso la raccolta di suggerimenti e proposte di iniziative per migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Inoltre accogliere con spirito aperto e costruttivo eventuali reclami motivati dei famigliari degli ospiti, evitando di ritenere che rappresentano quasi sempre lamentele infondate.

Infine la verifica degli interventi eseguiti e loro illustrazione al personale rappresenta un momento importante per rafforzare la motivazione, attraverso la gratificazione del lavoro svolto in collaborazione nella soluzione dei problemi in modo positivo".

Dr. Gabriele La Rosa*

Ogni medico coordinatore nominato si occupa di vari centri servizi, preferibilmente ubicati nello stesso ambito territoriale.

Ricordo che il medico coordinatore ha una serie di funzioni previste dalla nuova convenzione, che includono:

• garantire il rispetto degli impegni contrattuali sottoscritti dai medici curanti e dai loro sostituti operanti nel Centro di Servizi e la loro partecipazione alle Unità Operative Interne,

• partecipare alle Unità Operative Interne,

• attivare i singoli protocolli di assistenza medica ai nuovi ospiti non autosufficienti accolti nel Centro di Servizi,

• assicurare la corretta e congrua fornitura di farmaci, stupefacenti, prodotti nutrizionali artificiali, protesi, ortesi ed ausili, dispositivi medici e altri presidi,

• verificare periodicamente, per il tramite del servizio farmaceutico territoriale o ospedaliero competente, la procedura operativa utilizzata dal Centro di Servizi per la gestione dei farmaci (approvvigionamenti, scorte, conservazione, scadenze),

• verificare periodicamente la corretta tenuta dei diari clinici dei singoli ospiti non autosufficienti presenti nel Centro di Servizi, da parte dei medici curanti,

• assicurare il rispetto delle prestazioni di assistenza medico specialistica,
• vigilare sulla corretta modalità d'uso degli ausili/dispositivi monouso prescritti dallo specialista o dal medico curante verificando i protocolli in uso presso il Centro di Servizi, nell'ambito dei progetti assistenziali e terapeutico-riabilitativi individuali,
• attivare tutte le procedure necessarie ad affrontare situazioni di criticità degli ospiti, nel caso in cui il loro comportamento, anche se dovuto a patologie conclamate, o nel caso di particolari condizioni sanitarie, metta a rischio la sicurezza e l'incolumità degli altri ospiti del Centro di Servizi.

La mia esperienza mi porta ad alcune riflessioni: al di là della routine prevista dai compiti istituzionali l'attività più costante e devo dire di maggior soddisfazione è stata quella di mediare i rapporti tra centro servizi, parenti e medico incaricato, soprattutto in caso di problematiche complesse che necessitavano di un intervento di un rappresentante dell'Azienda.

Naturalmente non sono mai intervenuto su scelte terapeutiche anche se mi è stato richiesto, ma l'impegno maggiore è stato quello di intervenire nei contenziosi tra parenti degli ospiti ed il medico di struttura, accusato spesso di non condividere con i familiari l'approccio assistenziale e di non dedicare abbastanza tempo al colloquio.

Devo dire che negli ultimi anni l'atteggiamento dei parenti degli ospiti (di pari passo a quello che sta succedendo negli ospedali) è mutato nel senso che, maggiormente consapevoli dei diritti del malato/cittadino, portatori di un sottile senso di colpa per aver messo il loro caro in un istituto per anziani (quello che una volta si chiamava ospizio), tenuti a pagare una retta sostanziosa, pretendono per i loro cari un'assistenza di massimo livello.

Confermo che un'adeguata e costante relazione con i familiari se non con l'ospite stesso riesce a ottenere una *governance* non conflittuale con benefici per tutte le figure interessate.

Altra riflessione che si associa a quanto è stato già detto: si sta assistendo ad un graduale incremento del carico di lavoro strettamente sanitario richiesto ai centri servizi. Precedentemente questo tipo di impegno era garantito dai reparti di lungodegenza. I centri servizi si stanno progressivamente trasformando da residenze a prevalente componente sociale a piccoli ospedali, realtà che prevede una preparazione infermieristica certamente superiore a quanto richiesto anni fa. Attualmente in casa di riposo (parlo soprattutto di quelle di II livello) pochi ospiti giocano a briscola o a tombola: una buona parte si tratta di pazienti in condizioni precarie, che presuppongono un'attenzione ed una preparazione sostanziosa.

Molti centri servizi riservano d'altro canto agli ospiti, in migliori condizioni cliniche, una notevole attività di tipo sociale che li preserva dall'isolamento affettivo e culturale. Ho assistito ad alcuni PAI notando nel tempo per alcune persone un grosso miglioramento nelle capacità relazionali, arricchiti dalle iniziative degli operatori, allontanando per quanto la natura lo concede, lo spettro del deterioramento cognitivo.

Ho visto che al di là della preparazione strettamente clinica, più capace è il medico di instaurare una relazione di fiducia con i familiari, superando anche i meccanismi perversi della medicina difensiva, e minori sono gli accessi ai PS, disagio enorme per i pazienti che, dopo il trasporto in ambulanza, stanno qualche ora in astanteria per poi tornare indietro, e magari ripetere lo stesso iter nell'arco di qualche giorno.

La carenza generale dei medici sul territorio nazionale si riflette ovviamente anche nella difficoltà di rimpiazzare i colleghi che via via per ragioni anagrafiche abbandonano il servizio. Mi conforta però il fatto che gli anni di esperienza con i tirocinanti della scuola di medicina generale mi hanno riservato la sorpresa di apprezzare nei giovani colleghi, a cui ho mostrato durante la loro formazione la realtà di alcuni dei centri servizi, una buona preparazione clinica accompagnata ad un interesse per le problematiche degli anziani anche dal punto di vista del mantenimento della vita sociale.

Mi hanno manifestato un'attenzione per i Centri Servizi considerandoli come luogo in cui migliorare la propria esperienza umana-relazionale oltre che clinica, riservando a queste struttura la dignità che meritano, anche in previsione della sempre maggior rilevanza che stanno ottenendo sul territorio.

POSTFAZIONE

Avv. Tomas Chiaramonte[°]

Incaricato di scrivere la post-fazione di questo interessante testo redatto dal Centro Studi FIMMG Verona sugli ospiti nelle case di riposo e i loro bisogni di cura, ho accettato avvertendo nel contempo una responsabilità ed un certo timore.

Responsabilità per diversi ordini di ragioni tra cui, principalmente, il considerare questo lavoro un meritevole tentativo di porre l'attenzione su un fenomeno di portata epocale come quello del sistema di cura delle persone non autosufficienti: conoscere, approfondire, provocare il confronto per contribuire a governare la più imponente sfida che il nostro *welfare* dovrà affrontare nei prossimi vent'anni, sia in termini di numeri che di ricadute sociali, è indubbiamente una missione importante alla quale non ci si può sottrarre.

Timore per il fatto che nella richiesta di redazione della post-fazione vi era anche quella di dare una lettura critica del testo e della figura del medico impegnato nelle strutture residenziali, quelle stesse realtà ove passo la maggior parte delle giornate e dove, pertanto, ho potuto constatare direttamente la significatività che tale figura ricopre per la qualità del sistema di cura che in esse si esprime.

In Italia oramai da qualche anno, le risorse a disposizione non riescono più a sostenere la domanda di cura. La programmazione sanitaria accentra l'accesso ai sistemi di cura per acuti nei grandi ospedali delle città ad alta densità abitativa, i cittadini percepiscono un calo di investimenti nei territori che li spaventa perché sono sempre più consapevoli dell'aumento vertiginoso dei non autosuffi-

---

(*). Direttore e segretario generale di Centri di Servizio per persone anziane non autosufficienti. Ha lavorato sia per strutture pubbliche che per strutture private accreditate con il SSN. Membro dei tavoli di coordinamento dell'Ulss 9 per la disabilità e per gli anziani non autosufficienti. Segretario generale di ADOA, l'Associazione Diocesana delle Opere Assistenziali, realtà che coordina più di trenta enti e che eroga servizi, attraverso i propri Enti associati, a più di ventimila utenti solo in provincia di Verona. Membro del collegio di Revisione legale e dei conti di Uneba Veneto, ODV in enti del terzo settore, collabora con l'Università degli Studi di Verona, in particolare con il Dipartimento di Economia Aziendale.

cienti e delle difficoltà che si devono superare per trovare un adeguato supporto domiciliare: nei territori e nelle periferie accade dunque che i centri di servizio e i medici di medicina generale, in mancanza di nuove realtà intermedie che stentano a decollare, si devono far carico della risposta sanitaria "pre-acuta" o "post acuta", sempre più complessa e spesso gestendo situazioni di emergenza.

Per i cittadini, che vivono sempre più a lungo, i medici ed il personale sanitario sul territorio e nelle residenze protette possono rappresentare l'unico porto sicuro in un mare in tempesta.

Per le direzioni delle strutture protette territoriali il medico può essere il miglior alleato per sviluppare servizi di qualità e relazioni virtuose con gli utenti ed i loro famigliari; egli, infatti, assume un ruolo centrale nell'erogazione del servizio di cura territoriale, un ruolo non solo sanitario, ma che torna ad essere anche sociale.

Per generare servizi di qualità servono senz'altro *buoni processi organizzativi e persone competenti* che, però, per poter essere efficaci, devono saper rendere concreto un interesse sincero ed intenso per il bene dell'altro. L'esecuzione di protocolli e le necessarie competenze, se svuotate di senso, rischiano di ridursi a mero funzionalismo.

Per fare *buoni processi* è necessario conoscere bene il "come", il "chi fa che cosa", ma soprattutto il "per chi". Per avere equipe formate da persone competenti servono risorse, ambienti gratificanti e atteggiamenti pro-attivi che sanno cogliere le sfide: la preparazione, lo sguardo sul mondo e sulla sofferenza altrui, l'empatia, la capacità di assumersi responsabilità, di esprimere e costruire relazioni di valore con i propri collaboratori, svolgono un ruolo determinante nei servizi alla persona.

Chi tra gli addetti ai lavori non sente di percorrere questo cammino verso la persona, volga lo sguardo altrove. Chi, tra i decisori e tra i *players* del mercato crede che i servizi alla persona si possano nutrire solo di efficientismo e massimizzazione dei profitti, svuota un modello, quello italiano, che dal secondo dopoguerra è stato di riferimento internazionale quantomeno per la capacità culturale del nostro popolo di conquistarne l'universalità, di essere per tutti e non solo per molti.

Chi, tra gli *stakeholders* non mette in gioco quanto acquisito per un obiettivo comune di qualità sostenibile del sistema di cura e non si prende le proprie responsabilità, cercando di trarre il massimo profitto dal minimo sforzo, inaridisce il presente e impedisce il futuro.

La sfida deve essere affrontata ripartendo dalle fondamenta e dall'architettura del sistema, per ripensarlo - tutti insieme – in base a nuovi paradigmi.

La sfida è il comprendere *come* si riorganizza un sistema socio-sanitario che oggi, nella migliore delle ipotesi, riesce a coprire il 32,3%[1] dei bisogni socio sanitari espressi dalle persone over 65 anni e dove si trovano le risorse per alimentare un processo di cambiamento epocale che ne mantenga buoni livelli di qualità e universalità.

Alcuni spunti sono contenuti nelle pagine iniziali di questo volume, altri li suggerisco di seguito per stimolare nuovi e futuri percorsi di indagine e confronto tra medici, enti gestori, decisori pubblici e cittadini.

Primo.

Prendiamo atto che i bisogni espressi sono davvero considerevoli.

Secondo.

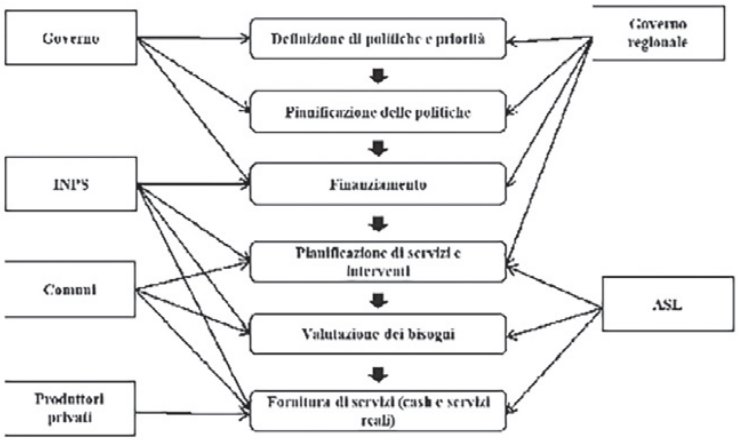
Studiamo l'opportunità di costituire un tavolo permanente presso la Conferenza Stato-Regioni che riunisca gli stakeholders del fenomeno della long terme care e abbia il compito di studiare, analizzare e ridisegnare la mappa della governance in un confronto libero da necessità contingenti di natura contrattuale ad interessi contrapposti.

L'obiettivo del tavolo potrebbe essere la programmazione e la riorganizzazione delle risorse da impiegare in percorsi di welfare comunitario capaci di superare progressivamente il modello del welfare performativo.

1. In Italia, nel 2013 la stima dei bisogni potenziali di servizi socio-sanitari era di 2.781.157 unità e i presi in carico dai servizi erano 1.391.616, pari al 29.2% del totale dei fabbisogni espressi.
Nel 2014 la stima dei bisogni potenziali era di 2.809.211 unità e i presi in carico dai servizi erano 1.367.101, pari al 32.3% del totale dei fabbisogni espressi. Nel 2015 la stima dei bisogni potenziali era di 2.847.814 unità e i presi in carico dai servizi erano 1.421.372, pari al 31.8% del totale dei fabbisogni espressi. Dati tratti da Innovazione e cambiamento nel settore della *long terme care*, 1° Rapporto Osservatorio Long Terme Care, Università Bocconi, Cergas, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, anno 2019.

Il sistema, infatti, non è programmato e governato da un unico organo pubblico, ma da molti decisori che agendo a diversi livelli finanziano servizi di *welfare* fortemente standardizzati o che erogano denaro direttamente all'utenza, con il rischio che tali risorse non riescano a tradursi in benessere e cura per le persone alle quali si rivolgono.

Centri di costo gestiti da diversi soggetti che faticano ad interagire tra loro (INPS, Regioni, Ulss, INAIL, INPDAP ...) con limitate occasioni di confronto con chi svolge i servizi (i gestori) e con chi li riceve (i cittadini). Con la mappa della *governance* che oggi conosciamo, infatti, le risorse rischiano di sovrapporsi e di non venire sempre utilizzate per creare servizi di cura efficaci[2].



La governance del sistema.

Terzo.

Studiamo modalità, anche legislative, per far riemergere importanti economie sommerse nell'erogazione dei servizi di cura.

Preso atto che qualsivoglia servizio lontano dal proprio domicilio non è desiderabile dai più, investiamo sul territorio in politiche sociali e socio-sanitarie, altrimenti corriamo il rischio di lasciare sole persone e famiglie a gestire un fenomeno complesso come quello della non autosufficienza.

In Italia, infatti, il sistema di cura più diffuso è quello "informale".

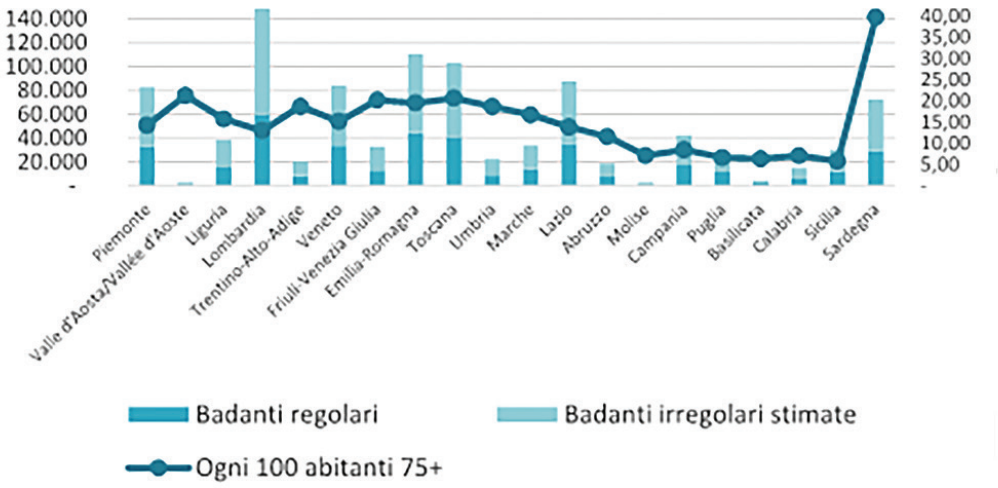
Nel 2017 il numero stimato delle badanti irregolari era pari a 590.217[3] unità, contro le 393.478 regolari, per una spesa a famiglia di 800/900 euro al mese pari a circa 10.200 euro annui. Tali rapporti lavorativi esistenti, se regolarizzati, porterebbero risorse allo stato pari a circa 9,9 Mld di euro, di cui 1,8 Mln tra TFR

2. Idem.

3. Dati tratti dal primo rapporto dell'osservatorio della *Long Terme Care* del Cergas, Università Bocconi, 2019.

e contributi versati. Lo stesso anno si stima che sul territorio italiano fossero presenti in totale 983.695 tra badanti e colf, di cui il 33% in condizioni di piena o parziale regolarità.

Quello del *badantaggio* è un fenomeno molto diffuso che presenta evidenti criticità come la bassa capacità di gestione della complessità sanitaria, la mancanza di sviluppo delle competenze nel personale di cura, la violazione dei diritti dei lavoratori e l'inesistenza di gettito fiscale.



Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over 75. Anno 2017.

Quarto.

Alimentiamo relazioni rispettose tra decisori pubblici, stakeholders, gestori dei servizi e corpi intermedi, fondate su reciprocità, senso di realtà, sguardo al futuro, ma soprattutto sul coraggio di affermare una visione antropologica del sistema in cui la persona sia effettivamente al centro di un progetto "di valore" e "di valori" complessivo.

Credo sia l'unico modo per aprire una stagione generativa di soluzioni efficaci in un contesto così complesso.

Agire sulla medesima struttura di erogazione dei servizi, distribuendo a sempre più soggetti le medesime risorse di un tempo, rischia di provocare un cortocircuito che, se non avremo già pronto un piano alternativo, ci costerà l'universalità di un sistema sanitario che in molti tra i paesi occidentali ci invidiano. La mancanza di risorse e l'urgenza di compiere scelte particolarmente complesse, rischia di causare un impoverimento del dibattito e del confronto tra gli attori del sistema, provocando una radicalizzazione nella difesa di interessi particolari contrapposti. Un rischio che pare necessario evitare, perché impedisce la comprensione del presente, ma soprattutto la possibilità di costru-

ire nuovi ed efficaci modelli in futuro. Il cambiamento spaventa, soprattutto in un tempo di crisi economica e sociale come quello che stiamo vivendo dal 2008, ma pare oramai una medicina necessaria.

Affrontare con coraggio la novità può essere la scintilla che accende nuove energie in grado di ridare speranza e vivibilità ad una società che rischia di smarrire il vero motore del *welfare*: la cura delle relazioni di prossimità e la reciprocità tra le generazioni.

D'altro canto solo mantenendo ferma la rotta verso il bene della persona e avendo cura della sostenibilità del sistema potremo costruire nuovi modelli di *welfare* rispettosi degli interessi in campo e generativi di comunità più attente ai bisogni. Tutti siamo chiamati ad un preciso impegno: amministratori, medici, associazioni di categoria, enti gestori, chiesa, università, imprenditori, mondo dell'economia e della finanza, famigliari e cittadini si devono incamminare verso percorsi comuni nei quali ci si possa confrontare davvero per un nuovo sistema di *welfare* che anticipi il futuro e prepari, con metodo, il porto sicuro dove approderanno le nostre madri e i nostri padri, i nostri figli e i figli dei nostri figli.

Credo che questo volume abbia il merito di stimolare la riflessione su di una questione concreta: l'importanza di comprendere la centralità per la qualità e l'esistenza stessa del sistema di cura delle strutture socio-sanitarie territoriali e dei medici che in esse operano. Esse sono luoghi chiamati ad erogare servizi sempre più specializzati con risorse inferiori rispetto ad un passato che non tornerà, premurandosi di non recidere la relazione di fiducia con le persone, le loro famiglie e le Comunità per cui operano.

Auspico, infine, che si comprenda che oramai la partita non si può più giocare esclusivamente sui tavoli delle trattative per perorare le giuste battaglie d'un tempo, ma che risulta necessaria l'apertura ad un confronto il più allargato possibile, libero da ideologie ma che si muova in un orizzonte valoriale condiviso, che sia franco e generativo, non contro qualcuno ma per la Persona, attento alla sostenibilità di un sistema di cura che abbia come obiettivo principale il mantenere umana la società di oggi e di domani.

Un caro augurio di buon lavoro a tutti, soprattutto a quei medici di medicina generale che ogni giorno, sul territorio e nelle strutture di cura, fanno di tutto – nonostante tutto – per continuare a tenere fede al giuramento di Ippocrate.

Se cerchiamo la felicità solo per noi
non la troveremo mai,
perché se è tale da diminuire
quando la si partecipa agli altri
non è grande abbastanza da renderci felici.
(Thomas Merton)

Allegato 1. Normativa essenziale di riferimento per il Veneto

a) Residenzialità
DGR 751/2000: Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva. LR n. 5/96 (art. 13 co. 3, Art. 17) - PSSR 1996-1998.
DGR 464/2002: L'assistenza sociosanitaria alle persone anziane non autosufficienti (Piano della residenzialità).
DGR 394/2007: Indirizzi e interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti.
DGR 2082/2010: Approvazione del documento di indirizzo regionale di cui alla DGR 157/2010 e del documento recante le indicazioni per la predisposizione del documento Piano di Zona 2011/2015.8.

b) Domiciliarità
DGR 5273/1998: Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI.
DGR 1722/2004: Sistema informativo di Distretto Socio sanitario - modulo ADI - approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni.
DGR 39/2006: Piano locale per la domiciliarità.
DGR 4135/2006: Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l'anno 2007.
DGR 2082/2010: Indicazioni per la presentazione del documento 'Piani di Zona 2011/2015'.

Altri riferimenti normativi sono riportati in bibliografia.

Bibliografia

1. OECD, *Fiscal Sustainabiliy of Health and Finance Perspective*, 24 settembre 2015; *http://www.oecd.org/gov/fiscal-sustainability-of-health-systems-9789264233386-en.htm.*
2. Fosti G., Notarnicola E., *Il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, 2014.
3. *The World Health Report 2008, primary Health Care (Now More Than Ever)*; *https://www.who.int/whr/2008/en.*
4. Vetrano D.L., *La continuità assistenzale nella long term care in Italia: buone pratiche a confronto, indagine 2019*, Italia Longeva.
5. Giunco F., *Analisi dei dati derivanti dall'utilizzo della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza in 37 RSA della Lombardia*, «I luoghi della cura», Roma, CIC 2006, 1, pp. 7-14.
6. Garibaldi R.A., *Residential care and the elderly: the burden of infection*, Journal of Hospital infection, 1999; 43:18.
7. Nicolle L.E., *Preventing infections in non-hospital settings: long-term care*, Emerging Infectious Diseases, 2001; 7:205-7.
8. Donatoni M.S., Frapporti G., *Il MMG e l'assistenza agli ospiti dei centri di servizi dell'Aulss 9 Scaligera: aspetti professionali e bisogni formativi*, 2018.
9. Di Cesare G., Frapporti G., *La complessità sanitaria degli anziani non autosufficienti ospiti dei centri servizi dell'Aulss 9 Scaligera: implicazioni organizzative-formative per il MMG*, 2018.
10. Indicatori demografici-stime per l'anno 2017. Dati Istat-statistiche report 2018.
11. Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Dati Istat-statistiche report 2017.
12. Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011.
13. WHO, *The Solid Facts. Home Care in Europe*, Università Luigi Bocconi, Milano 2008.
14. Leendertse A.J. et Al, *Preventable hospital admissions related to medication (HARM): Cost analysis of the HARM study*, Value Health, 2011; 14(1):34–40.
15. Delibera della Giunta Regionale Veneto n. 13/DDL del 28.05.2018: Piano socio sanitario regionale 2019-2023.

16. Il Progetto ACG della Regione Veneto: *http://acg.regione.veneto.it*.
17. Linee guida per l'attuazione del progetto obiettivo 'Tutela della salute degli anziani. Prospettive assistenziali, n 100, ott-dic 1992", Protocollo di intesa dell'11.1.1991. *http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/100/100_linee_guida_per.htm.*
18. Linee di indirizzo alle regioni e alle USL nell'attuazione delle risoluzioni parlamentari e del Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli anziani, 1992
19. Legge n. 328/2000 (seguito da D.P.C.M. n. 159/2013).
20. D.P.C.M. 29 novembre 2001: Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.
21. Delibera Regionale Veneto n. 1338/2013: Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).
22. AUSER, *Le Case di Riposo in Italia: prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo*, a cura di F. Montemuro et Al, *http://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/Auser-ricerca-case-riposo.pdf*.
23. I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, dati Istat 2015-statistiche report.
24. Delibera Giunta Regionale Veneto n. 464/2006: *L'assistenza alle persone non autosufficienti*, art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004.
25. Deliberazione Giunta Regionale Veneto n. 1133 del 6 maggio 2008: *Assistenza alle persone anziane non autosufficienti*. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale.
26. Delibera Giunta Regionale Veneto n. 751 del 10 marzo 2000 (ora superata dalle deliberazioni 464/2006 e 394/2007).
27. "Giovani medici come schiavi: turno di notte a un euro l'ora"; 14.10.2013, *www.ilgiornale.it.*
28. Tabarcea N., Celebrano M., *La gravità delle condizioni di salute degli anziani accolti nei Centri Servizi oggi*, 2018.
29. Tabacco C., Celebrano M., *Il dimagrimento dell'anziano istituzionalizzato. Progetto di intervento nutrizionale*, 2015.
30. Nardi M., Celebrano M., *Appropriatezza prescrittiva della terapia con Statine nei grandi anziani istituzionalizzati*, 2018.
31. Tosi M., Celebrano M., *La complessità sanitaria ed assistenziale degli ospiti residenti in un istituto per anziani non autosufficienti*, 2015.
32. Ruta E., Celebrano M., *La gestione della terapia anticoagulante orale nella fibrillazione atriale permanente nell'anziano istituzionalizzato: osservazione in tre case di riposo della provincia di Verona*, 2012.
33. *Antibiotic Resistance Threats in the United States*, CDC (Center for Disease Control and Prevention), 2013.
34. Joseph J.P., Afonso M. et Others, *Benefits and risks for primary prevention with statins in the elderly*, 2015.

35. Noaman S., Ibrahim J.E. et Others, *Prescribing statins for cardiovascular disease prevention in the old: an absence of evidence and an absence of guidelines*, Heart, Lung and Circulation, 2014.
36. Strandberg T.E., Kolehmainen L. et Others, *Evaluation and treatment of older patients with hypercholesterolemia: a clinical review*, Jama 2014.
37. Coviello A.P., *Fibrillazione Atriale: la presa in carico della Medicina Generale e la gestione della terapia anticoagulante*, Health Search Newsletter, Istituto di Ricerca della S.I.M.G., 2018
38. Collini F., Forni S. et Al., *Prevalenza di infezioni e uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani: i risultati del progetto HALT-3 in Toscana*, 2018
39. DGRV 1656 del 16 ottobre 2017: "Indagine di prevalenza puntale delle infezioni associate all'assistenza, della colonizzazione intestinale da germi multi-resistenti e del consumo di antibiotici in strutture di lungodegenza (long term facilities-LTCFS) della regione Veneto".
40. Trabucchi M., *Le professioni di cura per l'anziano: un processo in evoluzione*, Editoriale, I luoghi della cura, 1 dicembre 2012.
41. Guerrini G.B., *Le RSA - Prima parte: il personale, I luoghi della cura*, 1 giugno 2018.
42. Bronskill S.E. et Al, Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: incidente, dose, and specialist contact, J Am Geriatr Soc 2004, 52:794-52.
43. *Piani terapeutici per diabete, Tao e Bpco. AIFA apre a MMG*, maggio 2017, *http://www.farmacista33.it/piani-terapeutici-per-diabete-tao-e-bpco-aifa-apre-a-mmg/politica-e-sanita/news--40085.html.*
44. Furini A. et Al, *Impatto sul dipartimento di emergenza-accettazione della domanda di ospedalizzazione dei pazienti anziani ospitati in residenza sanitaria*, Psicogeriatria 2013; 3:35-39.
45. WHO, Davis S.E., Higginson I.J., *Migliori cure palliative per le persone anziane*, 2004.
46. Monti M. et Al, *Anziani, residenze sanitarie assistenziali e cure palliative*, La rivista italiana di Cure Palliative 2001; n. 3 vol. 13.
47. Monti M. et Al, *Prevalenza del dolore cronico in anziani istituzionalizzati in residenza sanitaria assistenziale*, La rivista italiana di Cure Palliative, 2006, n. 2.
48. Ciampi de Andrade D. et Al, *The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient*, Arw Neuropsichiatr 2011; 69 (2-B).
49. Guerzoni P. et Al, *La valutazione del dolore nelle strutture residenziali*, VI Congresso Nazionale AGE, Parma 2018.
50. *Progetto "Cure Palliative nei CSA e nelle RSA*, SICP 2018/12: *https://www.sicp.it.*
51. D'Agostino A., *Cure palliative nelle RSA*, Atti del convegno "Terminalità e residenzialità", Padova 6 maggio 2016: *https.www//altavita.org.*
52. Federazione Cure Palliative, *VELA Progetto Valutazione Efficacia Leniterapia in RSA*, *https.www.fdcp.org*.

53. *Nelle RSA l'organizzazione delle cure deve essere adeguata alle esigenze dei malati*, «Prospettive assistenziali» n. 160, ottobre-dicembre 2007; reperibile in: *www.fondazionepromozionesociale.it.*
54. Fiore F., Casati F., *Complessità ed opportunità nel rapporto tra staff e parenti degli ospiti in RSA*, giugno 2018, in I luoghi della Cura online. Network non Autosufficienza (NNA); *https/www.luoghidicura.it*.
55. Bradshaw S.A. et Al, *Living well in care homes: a systematic rewiew of qualitative studies*, Age and Ageing 2012.
56. Kripalani S., *Deficit in comunications and information transfer betwen hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care,* Jama, vol. 297, n. 8.
57. Wagener E., *The role of patients care teams in chronic disease mamagement*, BMJ, 2000, vol. 320, n. 7234.
58. Ferrari L., *La motivazione al cambiamento organizzativo nell'assistenza all'anziano. Il ruolo del coordinatore infermieristico*, 2017
59. *Case di riposo, i lavoratori sono sotto stress*, 10.07.2018; *www.altoadige.it.*
60. *Subito i controlli su assistenza e turni nelle case di riposo: i sindaci chiedono alla regione e all'ULSS 3 ispezioni nelle strutture convenzionate*, La nuova Venezia 12 settembre 2018.
61. Barsanti S., Colombini G., Pardini E., *La valutazione della performance delle residenze sanitarie assistenziali: il caso della Regione Toscana*, marzo 2019, I luoghi della Cura online. Network Non Autosufficienza (NNA).

Stampato nel mese di settembre 2019
da PressUp
per conto del Centro Studi FIMMG-Verona

Questo lavoro è frutto di tanti anni di attività di molti
Medici di Famiglia nelle Case di Riposo di Verona,
per far emergere i bisogni di oggi dei loro ospiti.
È senza dubbio un angolo visuale parziale.
Perciò contiene anche altri, diversi, punti di vista.
Vuole essere uno stimolo e un contributo
per le prospettive delle *Long Term Care*
in un welfare orientato alle comunità.
Un impegno che riguarda l'intera società perché
l'ultimo domicilio sia adeguato ai bisogni e segno
di una civiltà che umanizza la vecchiaia e il fine vita.

FIMG® Federazione Italiana Medici di Famiglia
VERONA

Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - Verona