



Per il Benessere e la Dignità delle Persone anziane

COALIZIONE ITALIANA – AUDIOCONFERENZA DEL 27.02.2012 E DEL 15.03.2012

PRIMA PARTE AUDIOCONFERENZA – 27.02.2012

Partecipanti:

- Loredana Ligabue e Licia Boccaletti – Anziani e Non Solo soc. coop., SOFIA scs
- Gianfranco Salvioli – Università di Modena
- Giovanni Lamura, Maria Gabriella Melchiorre e Cosetta Greco – INRCA
- Elio D’Orazio – FIPAC
- Daniela Barone e Maria Furlan – Cooperativa sociale Solimai

L’incontro è coordinato da Loredana Ligabue che, ringrazia i partecipanti per la presenza,

In premessa Giovanni Lamura suggerisce di suddividere le raccomandazioni per **livelli di applicabilità** (macro, meso e micro) – ciò al fine di meglio comprendere come e verso chi applicare questi principi. Il partenariato concorda.

Si discute poi circa la **definizione di caregiver informale** e si stabilisce di considerare sotto questa dicitura solo i familiari e i volontari mentre le badanti – sia operanti regolarmente che irregolarmente – andranno considerate nella categoria dei caregiver professionali in quanto retribuite.

Loredana Ligabue sottolinea come il **tema degli abusi agli anziani** sia risultato centrale in tutti i commenti pervenuti e come su questa tematica si siano concentrate anche altre coalizioni nazionali (ad es. quella Ceca e quella Irlandese). Come sottolinea Salvioli “Oggi si parla sempre di centralità del paziente anche se mancano i presupposti; una delle conseguenze della mancata “centralità” è l’abuso”. Il riconoscimento degli abusi e il loro contrasto risulta in sostanza essere una premessa indispensabile per il conseguimento del benessere delle persone anziane ed è quindi una priorità di intervento su cui concentrarsi. Daniela Barone concorda, affermando come un altro punto di partenza dovrebbe essere la considerazione che l’anziano è una persona che continua a mantenere un proprio ruolo sociale.

In relazione al tema dell'abuso, Salvioli sottolinea come l'abuso sia presente nel sistema ICD-9-CM¹ - con precisi codici (che devono essere obbligatoriamente utilizzati nelle schede ospedaliere di dimissione): 995.80, 995.81, 995.82, 995.83, 995.84, 995.85; con lo stesso sistema, utilizzato in tutto il mondo e anche in Italia, si può arricchire la diagnosi con i codici E (che precisano le cause identificando la natura dell'abuso) e con i codici V che precisano le circostanze e che consentono di dare indicazioni preventive. Pertanto i presupposti operativi ci sono: si tratta di applicarli (negli ultimi tre anni, in tutta la Regione Emilia Romagna, questo codice non è mai stato utilizzato).

Ciò ad indicare il fatto che non c'è attenzione da parte dei medici e dagli operatori sanitari (che considerano il problema come squisitamente medico-legale), che potrebbero invece svolgere un ruolo fondamentale di individuazione e segnalazione. Come viene sottolineato da Lamura, "manca l'indignazione di diverse categorie professionali su questo tema". Maria Furlan sottolinea a questo proposito come il problema della dignità degli anziani sia un problema di tutta la società, che non deve essere circoscritto agli anziani. A tal proposito, dice Lamura, tra i destinatari delle raccomandazioni occorre inserire anche la società in senso ampio, altrimenti si rischia di restare circoscritti agli addetti ai lavori. Ad esempio potrebbero essere coinvolte anche le nuove generazioni. A tal proposito Ligabue cita una campagna di sensibilizzazione molto efficace promossa in Canada che rapporta il tema degli abusi agli anziani a quello degli abusi all'infanzia (un esempio è visibile a questo link: <http://www.youtube.com/watch?v=5cauXgZhROM>).

Daniela Barone sottolinea come gli abusi si consumino anche giorno per giorno, in modo a volte meno violento ma non meno pesante (abuso psicologico) che fanno perdere la dignità degli anziani. L'esperienza friulana del Telefono Anziani Maltrattati (più di recente estesa anche ad Ancona) potrebbe essere presa a modello per tutto il territorio nazionale. Attraverso il telefono c'è infatti meno vergogna e si riescono a scoprire abusi spesso rilevanti ma sconosciuti.

Un luogo in cui avvengono abusi importanti, secondo Barone sono i **servizi residenziali** che dovrebbero essere attentamente monitorati. In particolare Barone sottolinea: (a) il tema di garantire la tutela della persona che denuncia (che spesso non lo fa per timore di ritorsioni – si pensi ad esempio agli operatori che lavorano con contratti precari); (b) l'esigenza che i controlli si focalizzino più sulla qualità dei servizi che – come accade ora – su standard igienici o prestazionali. Al contempo, Salvioli sottolinea come anche i caregiver e i parenti dovrebbero conoscere l'argomento; l'abuso agli anziani è subclinico e i casi noti non sono che l'iceberg di un fenomeno molto diffuso in vari *setting* e soprattutto a domicilio.

Salvioli sottolinea come il tema dell'abuso sia connesso a quello della **discriminazione** e dell'**ageismo**. L'art. 3 della Costituzione, ad esempio, dice che "*Tutti i cittadini hanno pari dignità*

¹ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati.

sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". L'età non viene menzionata e l'ageismo non viene considerato un elemento di discriminazione.

D'Orazio sottolinea come il recepimento in Italia della Direttiva Europea 54/2006² possa essere un utile riferimento normativo sul tema della discriminazione per età (prevista appunto nella direttiva). Occorre tuttavia sottolineare che la direttiva si riferisce in modo specifico al tema della discriminazione relativa ad occupazione e impiego, quindi non affronta l'ageismo in senso ampio.

Il partenariato concorda poi sul fatto che premessa all'attuazione dei principi dovrebbe essere una **definizione condivisa di "benessere", "dignità" ed "abuso"** – definizioni che dovrebbero essere elaborate tenendo conto del punto di vista degli stessi anziani e non solo degli "addetti ai lavori".

A tal proposito Savioli sottolinea come uno strumento per "misurare" in modo oggettivo il benessere potrebbe essere quello della valutazione della qualità della vita. La qualità della vita (QoL) è parametro complessivo che deve essere suggerito agli operatori del settore per valutare il benessere psicofisico dell'anziano. Molto diffuso è lo strumento EuroQol (EQ-5D) (<http://www.euroquol.org>), questionario generico sullo stato di salute che include 5 dimensioni: mobilità, self-care, attività abituali, dolore, ansia7depressione; il questionario include anche una scala visuoanalogica a 0 a 100 sulla quale l'anziano indica il livello percepito del proprio stato di salute. Si veda http://www.coripe.unito.it/files/10_lv_eq5d.pdf

A parere di Salvioli, operativamente è fondamentale fare riferimento alla qualità della vita non in termini retorici ma proprio in quanto misura che si utilizza nei servizi socio-sanitari – ciò è qualificante perché permette all'operatore e al medico di avere un riferimento preciso e condiviso.

Il gruppo discute poi sul tema della **formazione degli operatori**: secondo Furlan sarebbe importante che nei moduli formativi venisse sottolineato l'aspetto della relazione e dei valori (mentre ora sono molto centrati sulle competenze tecniche). A tal proposito, Ligabue condivide purché vengano tenuti in considerazione entrambi gli aspetti – ogni competenza legate al fare deve avere anche significato relazionale. Una senza l'altra crea limitazione nella qualità e nell'efficacia.

Il tema del ruolo degli **assistenti sociali** viene sollevato da Maria Furlan in relazione in modo specifico alle situazioni di rischio, che l'A.S. dovrebbe prendere in carico in maniera molto personalizzata e flessibile, anche senza seguire protocolli prestabiliti. I servizi dovrebbero inoltre svolgere azioni attive di prevenzione sia primaria che secondaria (ad es. un monitoraggio degli

² Avvenuto con DLGS 5/2010

anziani soli od isolati sul territorio). Occorre in tal senso valorizzare il ruolo del servizio sociale professionale.

Viene poi trattato il tema della **disponibilità** dei servizi che dovrebbe essere armonizzata sul territorio. Di fatto, anche la disponibilità secondo Lamura dovrebbe essere considerata un presupposto al benessere nel LTC, poiché dove il servizio non c'è non è possibile agire qualità.

Vengono poi illustrati punto per punto i **contributi ricevuti** precedentemente a mezzo posta elettronica e si richiedono commenti in merito. Le integrazioni concordato sono allegate a questo verbale.

La discussione procede fino al principio "*continui*" poi viene interrotta per mancanza di tempo con l'indicazione che sarà riconvocato un successivo appuntamento per concludere l'analisi dei principi mancanti.

SECONDA PARTE AUDIOCONFERENZA – 15.03.2012

Partecipanti:

- Loredana Ligabue e Licia Boccaletti – Anziani e Non Solo soc. coop., SOFIA scs.
- Gianfranco Salvioli – Università di Modena
- Giovanni Lamura, Maria Gabriella Melchiorre e Cosetta Greco – INRCA
- Elio D'Orazio – FIPAC
- Daniela Barone e Maria Furlan – Cooperativa sociale Solimai

Loredana Ligabue dà il benvenuto ai partecipanti e chiede, preliminarmente, eventuali osservazioni sulla prima parte del verbale, circolata in bozza via email tra i partecipanti.

Il partenariato concorda con i contenuti del verbale e della versione aggiornata della strategia nazionale. Si discute circa l'opportunità di non dare eccessiva evidenza alla suddivisione delle azioni per livelli micro-meso-macro e si concorda, ai fini della comprensibilità, di fare una nota a piè di pagina o una sigla con legenda.

Si inizia poi ad esaminare il principio **continui**, nell'ambito del quale vengono proposte alcune integrazioni (vedi versione aggiornata della strategia nazionale allegata al presente verbale). La discussione del partenariato si concentra sul tema delle **dimissioni ospedaliere protette** (*transition of care*), considerate come un punto particolarmente critico nel percorso assistenziale.

Salvioli, a tal proposito, riferisce della recente sperimentazione a Parma del progetto READ HEALTH³ (che dovrebbe essere adottato da tutta la Regione Emilia Romagna) che prevede

³ <http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=630&IDSezione=3378&ID=458974>

un'azione volta a migliorare la continuità assistenziale grazie ad un'infrastruttura informatica che consente al paziente di avere sempre con sé le proprie informazioni cliniche e terapeutiche.

Lamura nota come questo progetto possa collegarsi a quello della tessera sanitaria elettronica di cui, a livello nazionale, si parla dalla metà del 2000 ma che di fatto non è mai partita. Occorre quindi tenere a mente che questi progetti si collocano in un contesto nazionale assai disomogeneo (in cui ciascuna Regione attiva propri modelli) e restio all'introduzione di questo tipo di strumenti.

Salvioli cita l'esempio della Regione Emilia Romagna con il progetto SOLE⁴. Il progetto ha messo in rete tutti i MMG e i medici ospedalieri della Regione che possono, per via telematica, accedere ai dati sanitari relativi ai propri assistiti e costruire un vero e proprio fascicolo sanitario elettronico. Purtroppo, Salvioli sottolinea come lo strumento non venga per nulla utilizzato, probabilmente perché viene visto dai medici come troppo oneroso in termini di tempo. Occorrerebbe pertanto, a suo parere, attivare forme di incentivazione che spingano i professionisti a farne uso.

Furlan sottolinea come, su questo tema, vi sia grande distanza anche tra i servizi sociali e sanitari. Al pari della cartella sanitaria dovrebbe esistere una cartella sociale che raccolga dati da integrare a quelli sanitari.

A tal proposito, Lamura sottolinea come non basti la predisposizione di strumenti ma occorra poi andare oltre la semplice formazione all'uso, assicurando una loro effettiva integrazione nella pratica professionale. Si cita il progetto MATTONI del SSN⁵ che affiancava alla tessera sanitaria quella sociale e che poi non è mai stato implementato nella pratica.

Il tema della continuità dei servizi socio-sanitari si affianca a quello della loro rendicontabilità e valutazione, quindi al fatto che essi siano **basati su evidenze**. Come sottolinea infatti Furlan, il case management deve affiancarsi ad una possibilità di monitoraggio e valutazione del caso stesso.

Ligabue sottolinea come uno strumento appropriato a tal fine potrebbe essere la classificazione ICF⁶ che, operando in ottica multidimensionale, consentirebbe di rappresentare in modo olistico e uniforme sul territorio nazionale la situazione sociale e sanitaria della persona in carico. Salvioli concorda, sottolineando come si tratti di uno strumento capace di consentire il monitoraggio e la valutazione degli interventi. D'altra parte, l'ICF è scarsamente utilizzato perché la sua compilazione richiede molto tempo (anche se, in effetti, si tratta di un investimento una tantum perché poi occorrerebbe soltanto tenerlo aggiornato).

⁴ <http://www.progetto-sole.it/pubblica/>

⁵ <http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=1&menu=objettivi&lingua=italiano>

⁶ http://www.icfitaly.it/servlet/page?_pageid=53&_dad=picf&_schema=PICF

Lamura sottolinea come il tema della valutazione multidimensionale dovrebbe essere anche connesso ai sostegni monetari agli anziani, quali l'indennità di accompagnamento e – ove esistente – l'assegno di cura. Ciò sia al fine di assicurare un controllo sull'utilizzo di questi strumenti) sia di assicurare omogeneità di valutazione sul territorio nazionale (cosa che oggi non accade, ad es. per l'indennità di accompagnamento).

La connessione all'accompagnamento diventa particolarmente rilevante in quanto si tratta dell'unico strumento oggi esistente comune a livello nazionale. Si potrebbe utilizzarlo anche come veicolo di integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi e di uscita dall'irregolarità (ad esempio vincolando il sostegno economico all'assunzione di personale formato e regolare).

Salvioli concorda ma è scettico sul successo di una proposta di questo tipo in quanto ritiene ci siano grosse resistenze all'applicazione di metodologie comuni di valutazione. Cita l'esempio del questionario InterRAI che, pur essendo presente capillarmente nei sistemi informativi degli ospedali, non viene utilizzato.

Rispetto al tema dell'**orientamento al risultato** il partenariato discute poi sugli strumenti di controllo oggi applicati per la verifica delle strutture residenziali. Le ispezioni che vengono effettuate oggi tendono a valutare / accreditare l'operato dei servizi sulla base di parametri strutturali e organizzativi che spesso hanno poco a che fare con la reale soddisfazione dei bisogni degli ospiti, in particolare dei bisogni non primari. A tal proposito Salvioli propone l'utilizzo del questionario EuroQoL utile a misurare la qualità della vita dell'anziano e l'utilizzo di parametri nuovi, quali la misurazione delle cadute, il tipo di farmaci somministrati etc.

Lamura sottolinea, tuttavia, come il monitoraggio non debba limitarsi alle prestazioni delle strutture ma debba estendersi anche all'assistenza prestata a domicilio.

Infine, viene discusso il tema della **protezione dall'abuso**. Si sottolinea da parte di Furlan l'esigenza di individuare modalità che assicurino protezione a coloro che denunciano un sospetto abuso poiché il timore di ritorsioni a livello personale e professionale è una delle principali ragioni che spingono a non segnalare.

Salvioli sottolinea invece l'importanza di incentivare l'utilizzo del sistema di classificazione ICD9 da parte degli operatori sanitari, poiché questo consentirebbe di avere dati e di monitorare il fenomeno su scala nazionale. Inoltre, occorre mettere in particolare evidenza agli operatori l'aumento esponenziale del rischio abuso tra gli anziani non autosufficienti (la percentuale media di abuso passa dal 4% tra gli "anziani sani" al 20/40% degli anziani con disabilità).