

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Anziani

ISSN 1591-223X

DOSSIER

53

Regione Emilia-Romagna
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Anziani

ISSN 1591-223X

DOSSIER

53

Regione Emilia-Romagna

CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Afro Salsi	<i>Azienda ospedaliera di Bologna - coordinatore</i>
Anna Bertazzoni	<i>IRESS</i>
Germano Casanova	<i>Sindacato pensionati, Bologna</i>
Sirte Cronioli	<i>Comune di Reggio Emilia</i>
Domenico Cucinotta	<i>Azienda ospedaliera di Bologna</i>
Edoardo Dal Monte	<i>Azienda USL di Ravenna</i>
Roberto de Gesu	<i>Società italiana medici di medicina generale</i>
Raffaele Fabrizio	<i>Direzione generale politiche sociali, Regione Emilia-Romagna</i>
Pier Giorgio Ferretti	<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>
Corrado Maticena	<i>Azienda USL di Imola</i>
Paolo Pasini	<i>Azienda USL di Rimini</i>
Vincenzo Pedone	<i>Azienda USL di Forlì</i>
Enzo Pescerelli	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Sandra Rossi Sarti	<i>Associazione ricerca assistenza demenze (ARAD)</i>
Gianfranco Salvioli	<i>Società italiana geriatria e gerontologia</i>
Marco Sinoppi	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Raffaele Tomba	<i>Comune di Bologna</i>

Redazione e impaginazione a cura di:

Federica Sarti

Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa: Azienda USL di Ravenna, febbraio 2001

Copia del volume può essere richiesta a:

Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

via Gramsci 12 - 40121 Bologna

tel. 051/6079933 - fax 051/251915

e-mail: cds@asr.regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

INDICE

	<i>pag.</i>
Presentazione	5
Introduzione	7
Bibliografia	13
Allegati	15
Allegato 1. Deliberazione della Giunta regionale n. 1379 del 26/7/1999 Adeguamento degli strumenti previsti dalla L.R. 5/1994 in attuazione del piano sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini	17
Allegato 2. Aggiornamento e formazione delle figure professionali	31
Allegato 3. Deliberazione della Giunta regionale n. 2581 del 30/12/1999 Progetto regionale demenze: approvazione linee regionali e primi interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende USL	35
Allegato 4. Mantenimento delle funzioni cognitive	63
Allegato 5. Fragilità	69
Allegato 6. Riduzione del rischio di caduta nell'anziano fragile a domicilio	73

PRESENTAZIONE

I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.

La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.

Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.

Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.

Giovanni Bissoni

Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna

INTRODUZIONE

Porsi l'obiettivo di migliorare la salute della fascia di popolazione anziana attraverso lo strumento dei Piani per la salute (PPS) significa richiamare innanzitutto due elementi di specificità che appartengono tipicamente a questa popolazione; si tratta di elementi che assumeranno il valore di fattori giustificativi e orientativi delle scelte effettuate relativamente ai Piani medesimi.

In primo luogo va ricordata l'estrema eterogeneità dei soggetti compresi in questa fascia: convenzionalmente si considerano anziani tutti gli individui di età uguale o superiore ai 65 anni. All'interno di un insieme così delimitato esistono però numerosi sottogruppi fra di loro fortemente distinti, quali:

- i vecchi-giovani o i grandi vecchi appartenenti alle decadi di vita più avanzate;
- gli anziani autosufficienti;
- quelli che invece esprimono vari gradi di non autosufficienza, da lieve (solo per alcune funzioni complesse della quotidianità) fino alla dipendenza totale;
- gli anziani soli che vivono ancora al proprio domicilio;
- gli anziani istituzionalizzati;
- quelli con morbidità di rilievo;
- quelli che patiscono una condizione di grave disagio economico.

A ciò va aggiunta l'accentuazione della variabilità interindividuale legata all'invecchiamento, ben nota a chi ha cercato di definire classi di anziani omogenee a fini di ricerca: la definizione di invecchiamento cosiddetto normale è tuttora oggetto di dispute scientifiche serrate.

In secondo luogo va considerato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Esso rappresenta un elemento di novità, che proprio in questi anni viene affrontato per la prima volta con strumenti di analisi sociale e biologica orientati a proporre soluzioni operative per le questioni che ne scaturiscono.

È inevitabile un forte grado di sperimentality che, anche se sostenuta da un razionale teorico convincente, non può giovare di dimostrazioni empiriche preliminari conclusive sul piano dei criteri propri alla medicina dell'evidenza.

Queste due considerazioni preliminari - sull'eterogeneità e sulla novità - consentono di comprendere meglio il percorso logico che ha portato ad individuare:

- in due elementi di funzionamento dell'attuale sistema regionale di *care* all'anziano, una doppia leva di carattere generale per agire in maniera indistinta su un'ampia maggioranza dei soggetti; e
- in due condizioni speciali di disagio-malattia ad elevato impatto epidemiologico non solo quantitativo, il terreno sul quale proporre di intervenire con progetti mirati specifici.

Le due leve generali per la totalità della popolazione potenzialmente fruitrice sono:

- la semplificazione dell'accesso ai servizi,
- la formazione *ad hoc*.

Esse avrebbero origine da matrici teoriche ampiamente dibattute e affidabili anche se, come detto, il settore patisce il dato della novità; a sua volta questa, come conseguenza, richiede il coraggio di sperimentare, seppure con intelligenza e con il supporto di un forte razionale teorico. Tali elementi sono dotati di un alto valore strategico di investimento, visto che sono in grado di promuovere un meccanismo di conseguenze a cascata.

La semplificazione dell'accesso ai servizi vuole essere in primo luogo una risposta ad un elemento di debolezza intrinseco all'anziano, già evidenziato nel corso della Conferenza internazionale sull'invecchiamento tenutasi a Vienna nel 1982.

L'anziano soffre spesso di un ridotto potenziale di locomozione, di volta in volta attribuibile ad *handicap* fisico o ad impaccio nell'uso dei mezzi di trasporto, e di una strisciante marginalizzazione che progressivamente lo rende protagonista meno attivo e meno partecipe alla scena quotidiana e quindi meno raggiungibile dai *benefit* potenziali. A ciò si aggiunge la scarsissima conoscenza delle reti dei servizi esistenti.

Se non si intende fare di quest'ultimo dato un aspetto passivamente accettato e condiviso in nome di un economicismo sanitario teso al risparmio mediante una esclusione che punisce le fasce più deboli, occorre intervenire pensando e proponendo correttivi.

Esistono però ragioni ancora più forti che rendono ineludibile la semplificazione dell'accesso ai servizi. Nella persona anziana la diagnosi di malattia non è quasi mai unidimensionale, ma si trasforma da semplice malattia in un più complesso problema multidimensionale dalle molteplici valenze bio-psico-sociali, che richiede di essere affrontato secondo logiche di multidimensionalità e interdisciplinarietà.

Senza un sistema facilitante, è pressoché impossibile per un vecchio con un problema emergente trovare un contatto con i servizi o l'interfacciamento giusto. Si dovrebbe quindi pensare ad un accesso visibile e tendenzialmente unico, e a un insieme di altri percorsi che si attivano in proprio a seconda del bisogno individuato.

La Deliberazione della Giunta regionale n. 1379 del 26 luglio 1999 (*Allegato 1*), che ha per oggetto l'adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge regionale 5/1994 con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi e al rapporto con i cittadini, coglie questi elementi di criticità. Per maggiori approfondimenti, il Gruppo rimanda a questo documento regionale.

L'irruzione sulla scena di una popolazione fortemente senescente pone un insieme di nuovi problemi, in primo luogo per quanto riguarda l'assistenza sia nei suoi aspetti sociali di *care* sia in quelli biomedici di *cure*. I *curricula* formativi della quasi totalità delle professioni esistenti non posseggono piani di studio all'altezza del problema emergente.

La forte specificità che, occorre ribadirlo, per la prima volta si pone all'attenzione dei professionisti impegnati all'interno del sistema di *welfare* rende il ruolo di questi ultimi ancora più cruciale rispetto ai risultati conseguibili a parità di risorse. In altri termini, un sistema connettivo di professionalità gerontologicamente orientate e qualificate rappresenta, qui più che altrove, un investimento in grado di moltiplicare i risultati ottenibili.

Oltre a ridisegnare almeno in parte i corsi di studi delle professioni a più intensa interazione con l'anziano in stato di bisogno, è quindi opportuno anche attivare procedure locali di aggiornamento e formazione continua già nell'immediato, mediante il ricorso a moduli formativi intraprofessionali e di nicchia (*Allegato 2*).

Con i suoi 50.000 casi stimati in regione e un tasso di nuove presentazioni annue di circa 8.600, la demenza è - insieme alle neoplasie e all'AIDS - una delle malattie dall'impatto sociale più oneroso.

Essa si correla fortemente all'invecchiamento con una relazione quasi esponenziale, al punto che alcuni studiosi ritengono che possa affliggere il 100% degli ultracentenari. Inoltre, la configurazione che lo stato di malattia assume nella sua espressione sintomatologica è poliedrica e così polivalente da richiedere la messa in opera di competenze e risorse di più settori. Si tratta di settori con un forte bisogno di coordinamento sulla base di percorsi di cura ben delineati e sensibili - oltre che al lungo decorso e alla conseguente estrema variabilità del quadro - ad una visione globale del fenomeno.

Lo stato di estrema dipendenza che inevitabilmente si produce spinge i soggetti coinvolti a vario titolo nella malattia ad esercitare una fortissima pressione sociale per ottenere un aiuto, medico e non, che richiede una risposta efficace e possibilmente in tempi brevi. Questa risposta non può essere frammentaria né tanto meno affidata al caso.

La Deliberazione della Giunta regionale n. 2581 del 30 dicembre 1999 "Progetto regionale demenza: approvazione linee regionali e primi interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende USL" (*Allegato 3*) delinea un progetto di intervento operativo per le demenze, che comprende l'individuazione delle opzioni di fondo, delle leve strategiche e delle azioni positive, suddivise per obiettivi. Il compimento di quanto ivi prospettato ad opera dei soggetti con responsabilità locali, vale a dire le Aziende USL di concerto con ogni interlocutore avente titolo operativo, può ridurre l'impatto sociale della malattia e garantire condizioni di vita migliori ai soggetti affetti.

Da alcuni anni ormai, all'interno della fascia di popolazione anziana è stato individuato un gruppo di soggetti definiti fragili, in quanto individui a bassa capacità di omeostasi complessiva e di conseguenza a forte rischio di malattia e di perdita dell'autonomia. Come è facilmente intuibile, queste persone sono il *target* ideale per un'azione di prevenzione, che però in questo caso esce dai canoni tradizionali della medicina applicata all'adulto giovane e richiede quindi culture e strumenti innovati.

Il guadagno in termini di salute aggiunta (intesa nell'accezione propria dell'anziano che vede al centro il problema dell'autosufficienza) può essere notevole perché si interviene su una coorte di soggetti ad elevato rischio. L'implementazione di strategie di comprovata efficacia (ad esempio quelle contro il rischio di caduta, di recente prospettazione da parte della comunità scientifica e di basso costo gestionale per la collettività) produce un beneficio di valore direttamente proporzionale al grado di fragilità.

È importante rilevare che il *case finding* dell'anziano fragile - o molto fragile a seconda degli intendimenti espressi - è cosa ben diversa da una normale procedura di *screening* monodimensionale, per almeno due ordini di ragioni. Da un lato si opera secondo parametri non solo biomedici ma anche psicosociali; dall'altro è noto che l'ormai certa plurimorbilità dell'anziano rispetto all'adulto cela condizioni il cui sviluppo potenziale negativo può essere evitato. Ciascuna di queste condizioni - come il rischio di caduta, un disturbo del *visus* o dell'udito, o uno stato di abbandono sociale -, se non viene corretta innesca conseguenze a cascata che, secondo percorsi ormai ampiamente noti, spesso producono gradi variabili di disabilità.

In questa prospettiva sono possibili tre azioni per la salute, ritenute convenienti e degne di priorità rispetto ad altre possibili, visti gli obiettivi che sembrano in grado di perseguire. La prima e la seconda sono trasversali alla popolazione anziana e mirano rispettivamente a:

- modificare progressivamente gli stili di vita rispetto al disimpegno intellettuale (*Allegato 4*);
- individuare i soggetti più fragili con determinanti di fragilità emendabili (*Allegato 5*).

Con la terza azione (*Allegato 6*), invece, si realizza un intervento di promozione della salute in un sottogruppo di soggetti ad elevato rischio di caduta e di frattura.

BIBLIOGRAFIA

Campbell A.J., Buchner D.M., "Unstable disability and the fluctation of frailty". *Age and Ageing*, 4: 315, 1997.

Campbell A.J., Robertson M.C., Gardner M.N., Norton R.N., Tilyard M.V., Buchner D.M., "Randomised controlled trial of a general programme of home-based exercise to prevent falls in the elderly women". *British Medical Journal*, 315: 1065, 1997.

Caprio-Prevette M.D., "Memory enhancement program for community-based older adults: development and evaluation". *Experimental aging research*, 22: 281, 1996.

Close J., Ellis M., Hooper R., Glucksman E., Jacksin S., Swift C., "Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial". *Lancet*, 353: 93, 1999.

De Vreese L.P., "Programmi di memory training nell'anziano con disturbi della memoria età-dipendente". *Giornale di gerontologia*, 48: 48, 2000.

Floyd M., Scogin F., "Effects of memory training on the subjective memory functioning and mental health of older adults. A meta-analysis". *Psychology and ageing*, 12: 150, 1997.

Hamerman D., "Toward an understanding of frailty". *Annals of Internal Medicine*, 11: 945, 1999.

Herndon J.G., Helmick C.G., Sattin R.W., Stevens J.A., De Vito C., Wingo P.A., "Chronic medical conditions and risk of fall injury events at home in older persons". *JAGS*, 45: 739, 1997.

Israel L., "Memory and mental stimulation". *Developmental Psychology*, Elsevier, 9-16, 1985.

Israel L., "Therapies combinees en medicine praticienne et hospitaliere". *La Presse Medicale*, 25: 1186, 1997.

Provincie M.A., Hadley E.C., Hornbrook M.C., Lipsitz M.A., Miller J.P., Mulrow C.D., Ory M.G., Sattin R.W., Tinetti M.E., Wolf S.L., "The effect of exercise on falls in the elderly". *JAMA*, 273: 1341, 1995.

Rogers A., Rogers R., Belanger A., "Longer life but worse health? Measurement and dynamics". *The Gerontologist*, 5: 640, 1990.

Stigsdotter A., Backmann L., "Multifactorial memory training with older adults: how to foster maintenance of improved performance". *Gerontology*, 35: 260, 1989.

Tinetti M.E., Doucette J., Claus E., Marottoli R., "Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community". *JAGS*, 43: 1214, 1995a.

Tinetti M.E., Sharon K., Gill T.M., Doucette J.T., "Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence". *JAMA*, 17: 1348, 1995b.

Ytterstad B., "The Harstaad injury prevention study". *J Epidemiol Community Health*, 5: 551, 1996.

ALLEGATI

ALLEGATO 1. DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 1379 - 26/7/1999
ADEGUAMENTO DEGLI STRUMENTI PREVISTI DALLA
L.R. 5/1994 IN ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO
REGIONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA
SEMPLIFICAZIONE DEGLI ACCESSI ED AL RAPPORTO
CON I CITTADINI

Prot. n. (SOC/99/27534)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- la L.R. 3/2/1994, n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti";
- la propria Deliberazione n. 124 dell'8/2/1999 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
- la propria Deliberazione n. 1455 del 28/7/1997 "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna";
- il Piano sanitario nazionale 1998-2000 approvato con D.P.R. 23 luglio 1998 che identifica gli interventi necessari per la qualificazione dell'assistenza per la popolazione anziana, in particolare di quella non autosufficiente;
- la propria Deliberazione n. 54 del 25/1/1999 di proposta al Consiglio regionale del Piano sanitario regionale 1999-2001;

Considerato che:

- le esperienze di diffusione degli strumenti previsti dalla L.R. 5/1994 (accordo di programma, Servizio assistenza anziani, Unità di valutazione geriatrica territoriale, responsabile del caso), evidenziano la necessità di indicazioni regionali per assicurare il perseguimento degli obiettivi fondamentali della Legge in tutto il territorio regionale;
- il nuovo contesto socio-demografico, le modificazioni intervenute negli assetti istituzionali, il nuovo assetto organizzativo del sistema sanitario regionale e le linee di rimodulazione ospedaliera richiedono la costruzione di reti integrate di servizi sociali e sanitari su base distrettuale;
- l'esperienza condotta in questi anni nel settore dei servizi per anziani non autosufficienti rappresenta un utile patrimonio di esperienze, da aggiornare e adeguare al nuovo contesto;

- è opportuno fornire criteri di indirizzo regionali per consentire ai Comuni e ai Distretti delle Aziende sanitarie locali di migliorare l'attuazione della L.R. 5/1994 nel nuovo contesto regionale;

Ritenuto necessario approvare, anche quale strumento di attuazione del Piano sanitario regionale, la Direttiva allegata avente per oggetto "Adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge 5/1994 in attuazione del Piano sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini", al fine di promuovere una più omogenea attuazione degli obiettivi della L.R. 5/1994 alla luce del mutato contesto organizzativo del sistema sanitario regionale, garantendo maggiore equità di accesso alla rete dei servizi ai cittadini anziani;

Dopo ampio confronto e discussione in merito alla direttiva oggetto della presente deliberazione, con le istituzioni, le organizzazioni sindacali, i rappresentanti degli enti gestori di servizi per anziani non autosufficienti;

Acquisito il parere della competente Commissione consiliare sicurezza sociale espresso nella seduta del 22/7/1999;

Dato atto del parere favorevole espresso dal responsabile del Servizio Servizi socio-sanitari Dr. Graziano Giorgi e dal responsabile del Servizio Distretti sanitari Dott.ssa Maria Lazzarato in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione, per quanto di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 19/11/1992, n. 41 e della Deliberazione della Giunta regionale n. 2541 del 4/7/1995;

Dato atto del parere favorevole espresso dal Direttore generale politiche sociali Dr. Francesco Cossentino e dal Direttore generale sanità Dr. Tiziano Carradori in merito alla legittimità della presente deliberazione, per quanto di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 19/11/1992, n. 41 e della Deliberazione della Giunta regionale n. 2541 del 4/7/1995;

Su proposta congiunta dell'Assessore alle politiche sociali educative e familiari, qualità urbana, immigrazione, aiuti internazionali, e dell'Assessore alla sanità;

A voti unanimi e palesi

delibera

- 1) di approvare per le ragioni espresse in narrativa la Direttiva concernente "Adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge 5/1994 in attuazione del Piano sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini", quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

DIRETTIVA

“Adeguamento degli strumenti previsti dalla Legge 5/1994 in attuazione del Piano sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini”

Dall’approvazione della Legge 5/1994 ad oggi si sono sviluppate nel territorio regionale esperienze ricche e molteplici. Gli strumenti fondamentali proposti dalla legge sono ormai diffusi in modo generalizzato. Le diverse modalità di attuazione nei Distretti per un verso rappresentano un elemento positivo, in quanto espressione delle specificità dei territori. Possono però rappresentare anche un limite da superare quando mettono di fatto in discussione il perseguimento di obiettivi fondamentali della L.R. 5/1994. Nel nuovo contesto istituzionale e socio-demografico, anche alla luce degli obiettivi indicati nella proposta di Piano sanitario regionale, i principali obiettivi innovativi proposti dalla Legge 5/1994 mantengono la loro importanza strategica:

- costruzione di un sistema integrato dei servizi socio-sanitari per anziani con assunzione comune di responsabilità tra i diversi enti competenti;
- personalizzazione della “cura”, sulla base della valutazione globale dei bisogni della persona anziana e del suo nucleo familiare;
- separazione della gestione della “domanda” dalla gestione dei “servizi”;
- costruzione di percorsi che assicurino la continuità assistenziale da parte del sistema integrato, fornendo all’anziano e alla sua famiglia un riferimento chiaro e omogeneo.

Le principali criticità emerse nell’attuazione della L.R. 5/1994 sono relative a:

- procedure eccessivamente complesse per l’attivazione della valutazione e l’accesso ai servizi;
- percorsi assistenziali e modelli di comunicazione con l’anziano e la sua famiglia in contrasto con gli obiettivi fondamentali e il modello assistenziale della Legge 5/1994;
- lentezza in alcuni territori nel processo di costruzione della rete dei servizi e persistenza di logiche e modelli organizzativi e decisionali non orientati all’integrazione, istituzionale e organizzativa.

Per completare il processo di attuazione della L.R. 5/1994 nel nuovo contesto organizzativo del sistema sanitario regionale al fine di:

- garantire omogeneità dei fini ed eguaglianza di opportunità ai cittadini residenti nella regione;
- ridare vigore al progressivo raggiungimento degli obiettivi della L.R. 5/1994, fornendo (tenendo conto delle esperienze condotte sino ad oggi) indicazioni per il miglior utilizzo degli strumenti previsti nella legge alla luce del nuovo contesto:
 - socio-demografico (aumento quarta età maggiore rispetto a quanto previsto nel 1993-1994, modifica di medio periodo dei modelli familiari e degli stili di vita),
 - istituzionale (legge Bassanini, nuovo ruolo Enti locali, decentramento),
 - dei servizi sanitari (in particolare la ridefinizione del sistema ospedaliero e la diffusione di un modello unitario di cure domiciliari),
 - delle politiche di *welfare* (proposta riforma legge nazionale assistenza, adeguamento legislazione regionale, introduzione nuovi strumenti di intervento) nella prospettiva della sussidiarietà;
- semplificare le procedure e migliorare l'accesso alla rete dei servizi;

Si ritiene opportuno fornire le seguenti indicazioni operative.

Indicazioni operative

1. Accordo di programma

L'accordo di programma ex art. 14 L.R. 5/1994 può essere parte di un più generale accordo di programma per la gestione di altre problematiche socio-sanitarie, come indicato dall'art. 183 della L.R. 21/4/1999 n. 3. Nella quasi totalità del territorio regionale sono stati siglati gli accordi di programma previsti dall'art. 14 della L.R. 5/1994. In molti distretti si è già pervenuti alla sigla del rinnovo degli stessi accordi. Si rileva una certa eterogeneità non soltanto nelle scelte organizzative, ma anche sui livelli di effettivo perseguimento degli obiettivi di integrazione.

La Regione ha orientato la propria azione per valorizzare il ruolo decisivo dell'accordo di programma anche come interlocutore privilegiato per la costruzione della rete. In particolare per quanto riguarda i finanziamenti in conto capitale (Piano RSA ex art. 20 L. 67/1988 II e III triennio e Piano riparto ex art. 42 L.R. 2/1985 Bando 1998) ha chiesto, come condizione preliminare, la valutazione della congruità delle proposte con la programmazione territoriale da parte dell'organismo di governo dell'accordo di programma. Anche sulla base dei pareri espressi nel corso delle istruttorie dei programmi di investimento citati in precedenza, si rileva la necessità di una riflessione sul pieno e convinto utilizzo dell'accordo di programma previsto dalla L.R. 5/1994 e su un deciso maggiore impegno da parte di Comuni e Aziende USL.

In molte esperienze si rilevano elementi di criticità:

- accordo formale su generici obiettivi;
- assenza di organismi di gestione dell'accordo;
- confusione tra il ruolo della Conferenza dei Sindaci o del Comitato di Distretto e l'organismo di gestione dell'accordo di programma;
- scarsa chiarezza sulle finalità proprie dell'accordo non sempre visto come strumento/opportunità per assicurare migliori risposte (integrate) ai cittadini quanto come nuovo vincolo posto dalla legislazione regionale.

Occorre pertanto ribadire le finalità proprie dell'accordo di programma quale strumento specifico per assicurare, sul piano programmatico, di allocazione delle risorse e di gestione degli accessi, la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane, e in tale contesto sottolineare la piena responsabilità degli Enti locali e delle Aziende USL nella gestione dell'accordo e nel raggiungimento degli obiettivi territoriali di integrazione.

Dalle esperienze si rilevano le seguenti come condizioni minime di efficacia che si propongono ai Comuni e alle Aziende USL quale terreno di impegno per arricchire le esperienze già in atto.

1.1. Accordi di merito che definiscano:

- obiettivi, programmi di medio periodo, tempi e strumenti di verifica per realizzare la progressiva estensione nel proprio territorio di un sistema integrato di gestione della valutazione della domanda e dell'accesso alla rete dei servizio socio-sanitari integrati;
- definizione del modello organizzativo e adeguato dimensionamento del Servizio assistenza anziani;
- programmi annuali di attività;
- organizzazione e adeguato dimensionamento della/e UVGT;
- definizione delle risorse da destinare all'attività del SAA e criteri di ripartizione delle stesse;
- verifica almeno semestrale del grado di raggiungimento degli obiettivi, con approfondimento dei motivi dell'eventuale mancato raggiungimento degli stessi;
- definizione di strumenti di verifica degli obiettivi annuali.

1.2. Individuazione di precise responsabilità istituzionali e gestionali dell'accordo (previsione di un organismo snello di gestione e verifica dell'accordo).

1.3. Individuazione di precise responsabilità professionali per la realizzazione degli obiettivi dell'accordo di programma.

1.4. Destinazione annuale di specifiche risorse (professionali, finanziarie) per l'attività del SAA.

Negli ultimi anni si sono sviluppate esperienze che hanno affrontato con nuovi strumenti il tema dell'integrazione, non soltanto della valutazione della domanda e dell'accesso alla rete, ma anche della gestione dei servizi stessi. In linea di massima tali nuovi strumenti si propongono la gestione integrata di particolari servizi e quindi possono coesistere e/o derivare dall'accordo di

programma. Qualora invece tali strumenti vedano coinvolti tutti i soggetti sottoscrittori dell'accordo di programma previsti dalla L.R. 5/1994 e si propongano obiettivi che includono quelli previsti dall'art. 15 e 16 della L.R. 5/1994 possono di fatto sostituire gli strumenti previsti dalla L.R. 5/1994 (accordo di programma, Servizio assistenza anziani) a condizione che ciò venga evidenziato negli atti costitutivi. In tal caso detti strumenti assicurano anche i necessari flussi informativi.

Nella prossima discussione sulla proposta di legge di riforma della L.R. 2/1985 si valuteranno le forme di gestione capaci di apportare una risposta più avanzata alla necessità di integrazione, anche alla luce delle esperienze condotte mediante gli accordi di programma per l'assistenza agli anziani.

2. Servizio assistenza anziani (SAA)

La Regione ha orientato la propria azione per valorizzare il ruolo decisivo del SAA. In particolare per quanto riguarda i finanziamenti regionali ex art. 41 per la spesa di gestione:

- parte significativa dei finanziamenti concessi nel 1995 e del 1996 sono stati destinati a iniziative finalizzate a rafforzare il SAA e suoi strumenti di intervento (responsabile del caso);
- il progetto di iniziativa regionale del 1997 è stato finalizzato esclusivamente al potenziamento del SAA e anche il progetto di iniziativa regionale 1998 ha sottolineato come lo sviluppo delle attività proposte (ADI e/o demenze) dovesse avvenire nella prospettiva del rafforzamento del SAA.

È opportuno richiamare le principali finalità del SAA, sviluppando quanto già indicato sinteticamente nella Legge 5/1994:

- a) garantire la valutazione del bisogno della popolazione anziana non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza, al fine di massimizzare la coerenza tra domanda e offerta di servizi;
- b) garantire il coordinato utilizzo della rete attraverso la gestione degli accessi, tenuto conto delle disponibilità esistenti e delle opzioni del cittadino. A tal fine occorre garantire in tutti i Distretti un sistema di accesso alla rete dei servizi per anziani unificato. Il punto unico di accesso, analogamente a quanto previsto nella Deliberazione G.R. 124 dell'8/2/1999 sull'organizzazione delle cure domiciliari, non rappresenta un unico luogo fisico, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini. È la effettiva costruzione di un sistema a rete, articolato nel territorio, che realizza l'unicità dell'accesso;
- c) ottimizzare la qualità degli interventi;
- d) realizzare congiuntamente con il Distretto il collegamento operativo e le sinergie professionali fra i servizi socio-sanitari integrati, i servizi sanitari del Distretto e del/i presidio/i ospedaliero/i di riferimento, al fine di assicurare continuità assistenziale e di cura e appropriatezza tra servizi attivati e bisogni valutati;

- e) monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale e alla corretta allocazione delle risorse;
- f) raccogliere ed elaborare i dati informativi in modo approfondito sulla domanda, sull'attività delle UVGT e dei servizi della rete, e in generale sui servizi per gli anziani presenti nel territorio di riferimento;
- g) realizzare programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni, anche assicurando la consulenza ai servizi della rete;
- h) svolgere attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- i) promuovere e organizzare in collaborazione con gli enti istituzionalmente preposti, le attività di aggiornamento e formazione del personale della rete dei servizi e dei "caregiver" non professionali;
- j) promuovere e organizzare, in accordo con il Distretto, le campagne di informazione ed educazione alla salute rivolte alla popolazione anziana;
- k) coordinarsi con i SAA degli altri Distretti attivi nell'ambito del territorio provinciale, al fine di scambiare informazioni e di sviluppare forme di collaborazioni sovradistrettuali.

L'attività dei SAA in questi anni si è sviluppata progressivamente raggiungendo, generalmente, soltanto alcune delle finalità sopra richiamate.

Le aree di maggiore criticità rilevate sono state le seguenti:

- scarso ruolo, identità e collocazione del SAA;
- rapporti con i cittadini;
- carenza di risorse e specifiche competenze professionali;
- rapporti con i servizi della rete;
- coinvolgimento strutturato dei medici di medicina generale;
- relativo perseguimento degli obiettivi di monitoraggio della domanda, di informazione e sostegno delle famiglie, della diffusione della corretta pratica assistenziale, di promozione della formazione e dell'aggiornamento.

È pertanto urgente dare nuovo impulso all'attività dei SAA anche per dare soluzione ad un problema che è stato da più parti sollevato: semplificare le procedure di accesso e di presa in carico e rendere più trasparente e chiara la comunicazione con il cittadino.

È necessario ribadire che il cittadino, a seguito dell'attivazione del SAA, ha diritto ad una comunicazione. La proposta del SAA, a seguito della valutazione globale, può senz'altro differire dalle richieste dell'anziano e/o dei suoi familiari, fermo restando l'obbligo di una corretta comunicazione:

- scritta, tempestiva e chiara;
- che prospetti le soluzioni compatibili con le risorse attivabili nel territorio;
- che, in caso di "presa in carico", identifichi chiaramente il responsabile del caso e le modalità per contattarlo.

Assicurare un percorso di continuità assistenziale nell'accesso ai servizi della rete è compito del SAA, dei servizi della rete e dei servizi sanitari, compito che non può essere fatto ricadere sull'anziano e/o sui suoi familiari. Le comunicazioni con anziani e familiari, le scelte organizzative, le prassi operative, la modulistica debbono essere improntate a quanto sopra, evitando comunque comunicazioni meramente burocratiche. Ciò anche in considerazione della necessità anzitutto di rispettare le opzioni dell'anziano e di valorizzare le disponibilità, le risorse e gli impegni assistenziali dei familiari. Non va sottovalutata l'influenza del tipo di comunicazione nella complessa relazione che si stabilisce tra anziani/famiglia/servizi, relazione che è anche compito del SAA far evolvere come "alleanza" terapeutica, prestando ascolto e attenzione alle opzioni e al gradimento dell'anziano e dei familiari.

Si ribadisce la necessità di semplificare i percorsi e di evitare ogni duplicazione (Dipartimenti, Unità operative, ecc.) che contraddicono gli obiettivi della L.R. 5/1994 e rendono più complesso il percorso assistenziale e il rapporto con i cittadini.

Dalle esperienze si rilevano le seguenti come condizioni minime di efficacia che si propongono quale terreno di impegno per arricchire le esperienze già in atto:

- identità, chiarezza di funzione e autonomia organizzativa e professionale del SAA, alla luce della nuova organizzazione distrettuale contenuta nella proposta di Piano sanitario regionale;
- dotazione di un organico proprio impegnato nell'attività del SAA, in relazione alle dimensioni territoriali e ai programmi di attività approvati dall'accordo di programma;
- imparzialità ed equità nella gestione dei rapporti con i servizi;
- definizione di strutturate relazioni con il responsabile di Distretto e il responsabile dei Presidi ospedalieri di riferimento della popolazione anziana residente;
- effettiva disponibilità delle risorse relative alla gestione della "domanda";
- individuazione di precise responsabilità professionali (prevedere un responsabile del SAA, professionalmente competente e funzionalmente impegnato - a tempo pieno o parziale in relazione alla dimensione dell'attività - a perseguire i compiti propri definiti dell'accordo di programma),
- consolidamento del ruolo e di adeguate risorse per la funzione di responsabile del caso.

A prescindere dalla collocazione fisica (che comunque deve garantire facilità di accesso per gli utenti, essere articolata sul territorio e favorire l'integrazione tra servizi e tra operatori), è necessario ribadire che il SAA è strumento sia dei Comuni che del Distretto dell'AUSL. Il SAA ha funzioni proprie (attuazione tecnica degli obiettivi dell'accordo di programma per il governo integrato dell'accesso ai servizi della rete), ma può anche svolgere funzioni delegate o dai Comuni o dal Distretto. In quest'ultimo caso il responsabile del SAA agisce su esplicito mandato e risponde al soggetto delegante. In ogni caso il responsabile del SAA coadiuva il responsabile del Distretto nel garantire l'integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari per la popolazione anziana e pertanto partecipa ai momenti di coordinamento e direzione strategica del distretto. Scelte organizzative che di fatto ripropongano modelli separati di intervento e attività del SAA non integrate contraddicono uno degli obiettivi di fondo della L.R. 5/1994: la costruzione di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane. Il carattere non aziendale del Servizio assistenza anziani evidenzia l'incongruenza di forme di coordinamento aziendale degli strumenti tecnici del SAA (UVGT e responsabili del caso) e l'opportunità di promuovere momenti formalizzati di confronto dei SAA nell'ambito provinciale di riferimento.

Obiettivo strategico per i SAA è la semplificazione delle procedure di valutazione e di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari. A tal fine è necessario:

- 1) definire in modo condiviso percorsi semplici e tempi massimi per la valutazione e per la presa in carico;
- 2) definire protocolli per condizioni di emergenza (dimissioni ospedaliere, improvvise modifiche equilibri familiari, ecc.) e tempestività per valutazione e presa in carico con tempi ridotti, con relativi criteri di individuazione;
- 3) monitorare i tempi di attesa tra attivazione del SAA, valutazione e accesso alle diverse tipologie dei servizi della rete;
- 4) adottare procedure condivise per assicurare la continuità assistenziale;
- 5) adottare strumenti di comunicazione condivisi tra i diversi attori del sistema (UVGT, medico di medicina generale, singoli punti della rete e presidi ospedalieri) e con l'anziano e/o familiari.

Si ritiene opportuno inoltre che gli enti sottoscrittori degli accordi di programma valutino la necessità di impegnare maggiormente i SAA nelle seguenti aree di attività.

- Attività di sostegno alle famiglie mediante l'attivazione di consulenze psicologiche, assistenziali, giuridico-legali, promozione e sostegno gruppi auto-aiuto, corsi di formazione per familiari che assistono anziani, come già suggerito dal Programma di iniziativa regionale area anziani (art. 41 L.R. 2/1985 anno 1998) per l'area demenze. Questa attività di sostegno alle famiglie è ritenuta strategica e come tale deve diventare uno dei terreni di maggiore novità nell'attività dei SAA. In questo settore è fondamentale il supporto dell'UVGT così come il coinvolgimento di alcuni servizi della rete (sia per estendere le forme di assistenza di "sollevio" a ciclo diurno e residenziale, sia per attivare incontri di formazione/sostegno/verifica dopo il ritorno a domicilio). È opportuno assicurare il coinvolgimento e la valorizzazione delle

associazioni attive nel territorio, evitando però duplicazioni di percorsi, collegando ogni iniziativa con l'impianto a rete previsto dalla L.R. 5/1994. È opportuno evidenziare la necessità di attivare anche forme specifiche di consulenza/ascolto/sostegno dei familiari che assistono direttamente anziani non autosufficienti, senza la presa in carico da parte di uno dei servizi della rete.

- Informazione sui servizi e sulle opportunità esistenti nel territorio, sviluppando i necessari collegamenti con gli Uffici relazioni con il pubblico dei Comuni e dell'Azienda USL.
- Promozione di attività di educazione/informazione rivolte a *target* specifici di popolazione.
- Promozione di attività di formazione e aggiornamento.
- Adozione programma specifico per incrementare il coinvolgimento dei medici di medicina generale.
- Attivazione programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni, anche assicurando la consulenza necessaria ai servizi della rete, al fine di:
 - sviluppare una adeguata cultura assistenziale e incrementare il grado di qualificazione delle prestazioni;
 - omogeneizzare progressivamente gli approcci assistenziali e i sistemi professionali e diffondere la miglior pratica su specifiche problematiche assistenziali, anche proponendo l'adozione comune di specifici protocolli assistenziali.
- Sistema informativo, elaborazione dei dati sulla domanda, sull'attività delle UVGT e dei servizi della rete e predisposizione rapporto annuale sull'attività del SAA. Con successiva circolare saranno indicati i dati di funzionamento e di attività che, per una prima fase, costituiscono a cadenza annuale il debito informativo nei confronti della Regione, tenendo conto comunque dell'esigenza di assicurare l'integrazione tra i diversi sistemi informativi ai diversi livelli.

Il responsabile del SAA è tenuto nel corso dell'anno a segnalare all'organismo di gestione e verifica dell'accordo di programma eventuali non applicazioni di azioni previste nel programma annuale, evidenziando le specifiche motivazioni e responsabilità.

3. Unità di valutazione geriatrica territoriale

Le Unità di valutazione geriatrica territoriale sono state attivate in tutto il territorio regionale. La diffusione del metodo di valutazione globale del bisogno dell'anziano è stato senz'altro uno dei risultati realizzati con la L.R. 5/1994. Da una recente indagine sull'attività delle UVGT è emerso l'utilizzo di un elevato numero di scale e strumenti di valutazione in ambito regionale. L'esigenza di maggiore omogeneità sarà oggetto di approfondimento da parte di un gruppo di lavoro regionale come previsto dalla Delibera G.R. n. 124 dell'8/2/1999, con particolare riferimento alla promozione di un modello omogeneo di valutazione per le cure domiciliari.

Con maggior forza è stato segnalato il rischio di un inopportuno dilatarsi del tempo che intercorre tra la segnalazione del bisogno dell'anziano, la valutazione globale e l'attuazione del programma personalizzato di assistenza. Da alcuni è stato anche paventato il rischio che l'arricchimento derivante da una più attenta valutazione del bisogno comporti un ritardo se non un ostacolo all'accesso ai servizi. È questo un tema di assoluta rilevanza in quanto incide direttamente sulla effettiva fruizione dei servizi e sui diritti dei cittadini. Occorre pertanto ribadire che la finalità principale della valutazione globale è quella di avvicinare la "cura" ai bisogni del singolo anziano ed è pertanto orientata non a una classificazione ma alla predisposizione e attuazione di un programma di assistenza personalizzato. La valutazione globale non può ridursi ad esercizio virtuale e accademico, deve essere finalizzata a massimizzare la coerenza tra "domanda" e risposta assistenziale. È in relazione alla complessità dei soggetti anziani da assistere e alla concreta possibilità di accesso ai servizi della rete che va articolato il livello di approfondimento della valutazione. È pertanto opportuno e necessario che si avvii un processo di semplificazione anche mediante il maggiore coinvolgimento del medico di medicina generale e del responsabile del caso nel livello di base della valutazione e dell'accesso alla rete dei servizi. L'UVGT deve governare questo processo definendo, in accordo con i medici di medicina generale:

- percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di competenze in materia di valutazione globale;
- protocolli operativi per la definizione di situazioni che prevedano un ruolo più attivo del medico di base, in collaborazione con il responsabile del caso;
- programmazione delle attività comuni, orientando a tal fine la definizione dei propri orari di attività. Questo percorso di semplificazione e coinvolgimento dovrà essere graduale e progressivo e potrà iniziare a realizzarsi in almeno tre ambiti di intervento:
 - l'ADI, con riferimento a quanto già previsto nella direttiva regionale sulla riorganizzazione delle cure domiciliari;
 - l'assegno di cura, nella valutazione e nella proposta concessione dell'assegno di cura, per le situazioni a minor carico assistenziale (livello B e C) e nella rivalutazione dei casi;
 - le demenze, per quanto riguarda la necessità di affidare ai medici di medicina generale un ruolo importante nella segnalazione del dubbio diagnostico di demenza e nella gestione del soggetto demente assistito a domicilio, secondo le linee che verranno definite nel Programma regionale per le demenze. In ogni caso debbono essere assicurate idonee procedure di comunicazione dei dati relativi agli accessi semplificati al Servizio assistenza anziani.

Dalle esperienze in atto si evidenziano i seguenti rischi da evitare:

- trasformazione dell'UVGT in soggetto esperto solo nella valutazione che ordina ad altri (servizi della rete) cosa fare, senza responsabilità in merito alla gestione dell'accesso ai servizi e all'utilizzo delle risorse;
- separazione tra UVGT e rete dei servizi;

- distorsione del ruolo professionale dell'UVGT e connotazione burocratico-certificatoria della sua attività;
- senso di abbandono da parte del cittadino utente che vede "certificata" la sua condizione di bisogno da un organismo tecnico e rischia di non ricevere alcun servizio per mancanza di disponibilità di risorse. L'attività dell'UVGT deve essere incardinata nel SAA e la conoscenza delle condizioni professionali e organizzative dei servizi della rete, delle contingenti possibilità dei servizi è condizione indispensabile per la formulazione di piani di assistenza individualizzati "realistici", individuando e negoziando la soluzione migliore possibile in quel momento per il singolo anziano. Proprio per permettere alle UVGT di svolgere appieno il proprio ruolo occorre procedere gradualmente alla diffusione della cultura e degli strumenti di valutazione geriatrici capaci di semplificare l'accesso e la valutazione per le situazioni meno complesse. In tal modo le UVGT potranno focalizzare la propria attività sui casi più complessi e svolgere funzioni di supporto e qualificazione dei servizi della rete (diffondere corretto approccio geriatrico e gerontologico, favorire l'adozione di protocolli assistenziali ad iniziare dalle problematiche assistenziali più rilevanti), sviluppando così un profondo radicamento nel territorio e nella rete dei servizi e un senso di appartenenza comune, qualificandosi come soggetto esperto-consulente della rete dei servizi e delle famiglie. A partire dal 1999 a livello di SAA, in accordo con le UVGT vengono definiti:
 - a) un programma per il progressivo coinvolgimento dei medici di medicina generale, previa adeguata formazione e condivisione di protocolli operativi, nella fase di valutazione dell'anziano, a partire dalle procedure di accesso all'ADI secondo quanto indicato nella Delibera della Giunta regionale n. 124 dell'8/2/1999 sull'organizzazione delle cure domiciliari;
 - b) un programma di semplificazione delle valutazioni secondo le indicazioni e gli orientamenti in precedenza riportati, che garantisca:
 - tempi brevi tra la richiesta di attivazione e la valutazione/accesso;
 - continuità nell'attività delle UVGT senza sospensioni nei periodi estivi e/o festivi;
 - identificazione di criteri selettivi per l'emergenza e percorsi di attivazione rapidi;
 - c) un programma di attività dell'UVGT quale esperto-consulente dei servizi della rete e delle famiglie che assistono anziani non autosufficienti;
 - d) un programma condiviso con i presidi ospedalieri di più frequente riferimento per la popolazione anziana del Distretto in attuazione dell'art. 19 della L.R. 5/1994.

Si sottolinea l'assoluta necessità che il SAA e le UVGT siano messi nelle condizioni di partecipare attivamente alla definizione delle linee e dei protocolli aziendali per la dimissione dai reparti di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, da definirsi in base alla Direttiva regionale approvata con Deliberazione della Giunta regionale n. 1455 del 28/7/1997.

Si suggerisce l'opportunità che il Servizio assistenza anziani adotti un regolamento organizzativo dell'UVGT e assicuri il necessario supporto amministrativo all'attività della stessa.

4. Responsabile del caso

La funzione prevista dall'art. 18 della L.R. 5/1994 è una delle novità più rilevanti della legge stessa. Il responsabile del caso è chiamato ad accompagnare l'anziano e la famiglia lungo l'intero percorso assistenziale, attivando i ruoli, gli organismi e i servizi necessari per la valutazione e la gestione della domanda. Con la propria attività il responsabile del caso concorre al perseguimento delle finalità proprie del SAA e in particolare per:

- monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale e alla corretta allocazione delle risorse;
- segnalare le priorità dei programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni;
- garantire l'informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- segnalare i bisogni di aggiornamento che indirettamente emergono come prioritari dal costante rapporto con i servizi della rete, con un'attenzione particolare ai bisogni dell'anziano e delle famiglie.

Il responsabile del caso, inoltre, ha un ruolo specifico per:

- garantire la massima coerenza possibile fra la domanda e l'offerta di servizi all'anziano e alla famiglia, attraverso l'attivazione della relazione con l'anziano e la famiglia, la valutazione di primo livello congiuntamente al medico di medicina generale, la partecipazione alla predisposizione del programma di assistenza, l'accesso ai servizi [nel caso di bisogni non complessi] o l'attivazione degli organismi di valutazione di livello più complesso, la verifica dell'attuazione degli interventi previsti dai programmi assistenziali personalizzati, la proposta di rivalutazione da parte dell'UVGT e l'adeguamento dei piani di assistenza personalizzati in relazione ai mutati bisogni dell'anziano;
- garantire una forte integrazione con i ruoli sanitari, in particolare con il medico di medicina generale;
- mantenere e sviluppare relazioni professionali e operative con i servizi della rete integrata socio-sanitari e con i servizi sanitari (Distretto, presidi ospedalieri) al fine di incrementare la continuità nell'azione di assistenza agli anziani e alle loro famiglie.

Nel processo di semplificazione in precedenza richiamato, il responsabile del caso (assistente sociale) assieme al medico di medicina generale (responsabile sanitario del caso) è chiamato ad assumere progressivamente un rilevante ruolo nella prima valutazione della domanda e di indirizzo successivo. Il responsabile del caso inoltre sempre più deve essere messo nelle condizioni di assumere il ruolo di controllo sull'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato, garante del rispetto dei diritti dell'anziano e della sua famiglia e loro costante riferimento.

In questa prospettiva si richiama:

- l'opportunità di evitare possibili commistioni di ruolo derivanti dalla coincidenza della funzione di responsabile del caso e di responsabile di uno dei servizi della rete;
- la necessità di un costante e strutturato rapporto tra responsabile del caso e UVGT, prevedendo ove possibile il responsabile del caso membro effettivo dell'UVGT quale assistente sociale della stessa, salvaguardando comunque eventuali esperienze che pur strutturate diversamente assicurino il raggiungimento degli obiettivi di integrazione e continuità assistenziale.

Dalle esperienze in atto si rilevano le seguenti come condizioni minime di efficacia che si propongono quale terreno di impegno per consolidare e qualificare la funzione del responsabile del caso:

- riconoscimento e copertura del ruolo da parte dei Comuni;
- stretta interconnessione operativa con il SAA, che valorizza e difende il ruolo del responsabile del caso;
- elevato livello professionale e ottima conoscenza dei casi seguiti;
- assegnazione delle responsabilità necessarie alla tutela dei diritti e dei bisogni degli anziani e attribuzione del relativo potere decisionale;
- separazione della responsabilità del servizio da quella del caso;
- indicazione del numero dei casi da assegnare a ogni responsabile del caso, tenendo conto dell'intensità degli stessi, delle peculiarità del territorio e dell'articolazione della rete dei servizi.

I Comuni sono invitati ad impegnarsi per rafforzare la funzione del responsabile del caso garantendo a partire dal 1999 un potenziamento delle risorse professionali destinate a questa funzione. Anche mediante forme di coordinamento in ambito provinciale, i SAA promuovono iniziative di aggiornamento e qualificazione destinate ai responsabili del caso secondo indicazioni omogenee che saranno oggetto di specifica circolare regionale.

ALLEGATO 2. AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI

Obiettivo generale

La qualità, continuità e integrazione dei servizi e degli interventi rivolti alla terza e quarta età sono senza dubbio da porre in relazione con le politiche e gli interventi per la formazione delle figure professionali che a diverso titolo svolgono funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone anziane.

L'obiettivo generale della formazione è quello di favorire una integrazione di linguaggi e saperi che, salvaguardando le diverse competenze professionali, permettano di sviluppare un comune orientamento alla cura dell'anziano e sostengano l'indispensabile integrazione organizzativa fra servizi (territoriali e residenziali) e fra sociale e sanitario.

Obiettivi specifici di livello regionale

- Avviare nel triennio, d'intesa con le Università della regione, una sperimentazione di corsi integrati che contengono insegnamenti di geriatria e gerontologia, rivolti ai giovani che frequentano i 16 Diplomi universitari di area sanitaria e sociale (dietista, fisioterapista, tecnico dell'igiene dentale, infermiere professionale, logopedista, ortottista, ostetrica, podologo, audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio, tecnico ortopedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico dell'educazione e della riabilitazione psico-sociale, assistente sociale, educatore) presenti nelle Università regionali, al fine di accrescere nelle varie figure professionali le specifiche conoscenze relative alla condizione dell'anziano. Attualmente solo i DU di fisioterapia e podologia prevedono un corso integrato di geriatria e gerontologia, mentre i DU per audiometrista e autoprotesi hanno un corso integrato di medicina generale e geriatria; il DU per infermieri ha un corso integrato di medicina clinica e delle disabilità (geriatria, ortopedia, medicina fisica e riabilitativa). Nel DU per assistente sociale non esiste alcun insegnamento di gerontologia, ma piuttosto una complessiva formazione orientata alla attivazione della rete dei servizi, dei quali l'AS conosce i contenuti assistenziali.
- Avviare nel triennio, d'intesa con le Aziende sanitarie locali, una sperimentazione di unità formative di geriatria e gerontologia capitalizzabili da più professioni, che rappresentino una formazione di base relativa agli anziani, comune a più professionisti la cui formazione è di competenza della Regione (AdB, Raa, animatori, addetti ai servizi alla famiglia, ecc.).

Obiettivi specifici di livello aziendale e distrettuale

- Produrre nel triennio, attraverso l'aggiornamento e la formazione permanente, una vera integrazione di saperi e linguaggi a livello di Distretto fra tutti gli operatori che intervengono nei servizi rivolti agli anziani, al fine di promuovere una rete di servizi che sia realmente integrata e non la somma algebrica di diversi interventi.
- Coinvolgere nel triennio tutte le figure professionali, al di là della loro appartenenza istituzionale (Comune, AUSL, cooperative sociali, IPAB, altri), in comuni interventi formativi.
- Favorire l'aumento della interdisciplinarietà degli interventi.

Gli interventi di formazione possono essere finanziati attraverso i fondi propri delle Aziende dedicati alla formazione o accedendo all'Obiettivo 3 del FSE, che dal 2000 ha inserito anche l'area pubblica fra i destinatari delle azioni formative.

Azioni a livello di Azienda e Distretto

Predisposizione a livello aziendale e distrettuale di:

- moduli gerontologici pluriprofessionali rivolti all'insieme delle professioni che intervengono nell'area anziani (figure sanitarie e sociali, MMG), finalizzati principalmente ad attivare scambi di saperi e di linguaggi, e a promuovere una capacità di lavoro orientata all'anziano nel suo complesso, che superi la parcellizzazione dell'intervento specialistico e che soprattutto sviluppi nelle diverse professioni una comune visione della prevenzione;
- moduli per area operativa, rivolti a tutti i professionisti (figure sanitarie e sociali, MMG) di uno specifico contesto lavorativo con forte variabilità (es. ADI);
- moduli per nicchia operativa, rivolti a tutti i professionisti che si rivolgono ad una specifica condizione patologica o di vita (nuclei Alzheimer, RSA, ecc.);
- moduli specifici per MMG, anche nell'ambito della formazione continua obbligatoria, con la finalità di sostenere il ruolo di fulcro dell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli anziani, e dell'attivazione della rete di servizi.

Risultati attesi

Il coinvolgimento nel triennio di tutti gli operatori pubblici, convenzionati e privati, in iniziative di formazione è finalizzato a raggiungere alcuni obiettivi assistenziali:

- migliorare il sostegno alla famiglia dell'anziano attraverso un'aumentata interdisciplinarietà degli interventi;
- assicurare una continuità assistenziale che superi la separatezza fra i diversi ambiti di intervento (domicilio, *day hospital*, residenziale, ecc.);
- sviluppare un approccio globale ai problemi degli anziani.

ALLEGATO 3. DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 2581 - 30/12/1999
PROGETTO REGIONALE DEMENZE: APPROVAZIONE
LINEE REGIONALI E PRIMI INTERVENTI ATTUATIVI.
ASSEGNAZIONE FINANZIAMENTI AZIENDE USL

Prot. n. (SOC/99/48179)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la L.R. 5/2/1994, n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti";

Richiamati:

- la propria Deliberazione 26/7/1999, n. 1377 "Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto";
- la propria Deliberazione 26/7/1999, n. 1378 "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei Servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della L.R. 5/1994";
- la propria Deliberazione 26/7/1999, n. 1379 "Adeguamento degli strumenti previsti dalla L.R. 5/1994 in attuazione del Piano sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini";
- la propria Deliberazione 8/2/1999, n. 124 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
- il Progetto speciale "Demenze senili" contenuto nel capitolo 8 "L'integrazione socio-sanitaria" al punto 8.4 del Piano sanitario regionale 1999-2001 approvato con Delibera del Consiglio regionale n. 1235 del 22/9/1999;
- il Piano sanitario regionale già citato in particolare al capitolo 7 per quanto riguarda l'organizzazione e l'articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie locali, la rilevante novità del Dipartimento di cure primarie e l'integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera;

Considerato:

- l'impatto sociale delle demenze senili, patologie che modificano profondamente la vita dei soggetti colpiti da tali sindromi e l'equilibrio delle loro famiglie;
- la stima di circa 50.000 casi prevalenti affetti dalle diverse forme demenziali nella popolazione regionale;
- i materiali prodotti a seguito degli incarichi professionali assegnati con le proprie Delibere nn. 1332, 1333 e 1334 del 31/7/1998;

Ritenuto necessario:

- 1) approvare il progetto regionale integrato socio-sanitario, parte integrante della presente deliberazione (Allegato 1), per rispondere ai bisogni dei soggetti colpiti da sindromi demenziali e delle loro famiglie e tradurre operativamente le indicazioni già contenute nel Piano sanitario regionale 1999-2001;
- 2) prevedere il monitoraggio del progetto al fine di sottoporre a verifica le scelte in esso contenute, apportando le necessarie modifiche e integrazioni che nel corso della prima fase di applicazione risultassero opportune;

Ritenuto, inoltre, opportuno incentivare:

- a) le azioni previste ai punti 1.1 e 4.2 dell'allegato progetto quale programma straordinario di aggiornamento e formazione degli operatori della rete (medici di medicina generale, membri delle UVGT e della rete territoriale e distrettuale dei servizi) destinando a tale scopo lire 500.000.000 (pari a Euro 258.228,45) da assegnare alle Aziende unità sanitarie locali secondo quanto previsto nell'Allegato 2, dando atto che, stante l'ambito distrettuale di parte delle iniziative, per la ripartizione sono stati utilizzati i seguenti criteri:
 - numero ambiti distrettuali (per lire 150.000.000 - pari a Euro 77.468,53);
 - popolazione anziana ultrasettantacinquenne residente (per lire 350.000.000 - pari a Euro 180.759,81);
- b) le azioni previste al punto 1.2 (Creazione rete di Consultori per le demenze), destinando allo scopo una somma di lire 2.600.000.000 (pari a Euro 1.342.787,94), finalizzata a favorire la realizzazione e l'avvio di almeno un Consultorio per le demenze in ogni Azienda USL, ripartita per lire 1.000.000.000 (pari a Euro 516.456,90) in parti eguali tra le Aziende USL e per lire 1.600.000.000 (pari a Euro 826.331,04) sulla base della popolazione anziana ultrasettantacinquenne residente, assegnando a ciascuna Azienda USL la somma prevista nella prima colonna dell'Allegato 3;
- c) le azioni previste al punto 4.1 (Adeguamento e miglioramento dei servizi della rete), destinando allo scopo una somma di lire 1.950.000.000 (pari a Euro 671.393,97) finalizzata ad avviare la sperimentazione di centri diurni e di nuclei speciali per dementi, nei limiti e alle condizioni indicate nell'allegato progetto, ripartita per lire 650.000.000 (pari a Euro 335.696,98) in parti eguali tra le Aziende USL e per lire 1.300.000.000 (pari a Euro 671.393,97) sulla base della popolazione anziana ultrasettantacinquenne residente, assegnando a ciascuna Azienda USL la somma prevista nella seconda colonna dell'Allegato 3;

Precisato che il finanziamento regionale ha lo scopo di facilitare e sostenere il progetto regionale nella fase di avvio, in particolare per quanto riguarda l'azione prevista al punto 1.2;

Dato atto che con successivi provvedimenti si procederà ad incentivare ulteriormente le azioni di cui ai precedenti capoversi e gli altri interventi a valenza sociale contenuti nel progetto regionale, interventi in parte già promossi e finanziati con la propria Delibera n. 1616 del 21/9/1998 "Assegnazione ai Comuni sede di Distretto per la realizzazione del progetto di

iniziativa regionale area anziani art. 41, L.R. 2/1985 - anno 1998 - in attuazione della Delibera del Consiglio regionale n. 959/1998”;

Ritenuto necessario prevedere con successivo provvedimento adottato dal responsabile del Servizio Distretti sanitari in accordo con quello dei Servizi socio-sanitari che le Aziende USL predispongano specifica attestazione dell’attivazione delle iniziative finanziate di cui ai precedenti capoversi e rendicontazione dell’utilizzo delle risorse regionali destinate alla realizzazione del Progetto demenze assegnate con la presente deliberazione;

Richiamata la propria Delibera n. 2541 del 4/7/1995, con la quale sono state approvate le direttive per l’esercizio delle funzioni dirigenziali;

Vista in particolare la lettera c) dell’art. 51 della Legge regionale 28/4/1999, n. 5, come modificata dall’art. 20, comma 1, della L.R. 32/1999;

Ritenuto che ricorrano tutti gli elementi di cui all’art. 57, 2° comma, della L.R. 31/1977 e successive modifiche e che, pertanto, l’impegno di spesa possa essere assunto con il presente atto;

Acquisito il parere favorevole della Commissione consiliare sicurezza sociale espresso nella seduta del 16/12/1999;

Dato atto:

- del parere favorevole espresso dal Responsabile della Direzione politiche sociali Servizio socio-sanitari, Dr. Graziano Giorgi, e dal Responsabile del Servizio Distretti sanitari, Dr.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica del presente atto, ai sensi dell’art. 4, commi sesto e settimo, della L.R. 19/11/1992, n. 41, nonché della propria Deliberazione n. 2541/1995;
- del parere favorevole espresso per quanto di rispettiva competenza dal Direttore generale politiche sociali, Dr. Francesco Cossentino, e dal Direttore generale sanità, Dr. Franco Rossi, in merito alla legittimità del presente atto, ai sensi dell’art. 4, commi sesto e settimo, della L.R. 19/11/1992, n. 41, nonché della Deliberazione n. 2541/1995;
- del parere favorevole di regolarità contabile espresso dal Responsabile del Servizio ragioneria e credito, Dr. Gianni Mantovani, ai sensi della sopra citata normativa e deliberazione;

Su proposta congiunta dell’Assessore alle politiche sociali, educative e familiari, qualità urbana, immigrazione, aiuti internazionali, e dell’Assessore alla sanità;

A voti unanimi e palesi

delibera

- 1) di approvare l’allegato “Progetto regionale demenze” così come indicato nell’Allegato 1, parte integrante sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di dare atto che le Aziende sanitarie unità locali e le Aziende ospedaliere sono tenute, per quanto di propria competenza contenuto nel Progetto regionale demenze, alla realizzazione del Progetto stesso;

- 3) di assegnare, per le finalità indicate in premessa e che qui si intendono integralmente riportate, l'importo di L. 500.000.000 (pari a Euro 258.228,45) alle Aziende USL secondo quanto previsto nell'Allegato 2 destinato alle azioni 1.1 e 4.2 del Progetto regionale demenze, nonché l'importo di L. 4.550.000.000 (pari a Euro 2.349.878,89) secondo quanto previsto nell'Allegato 3 destinato alle azioni 1.2 e 4.1 del Progetto, parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;
- 4) di impegnare la somma di L. 500.000.000 (pari a Euro 258.228,45) registrata al n. 6365 di impegno sul capitolo 51720 "Quota del Fondo sanitario regionale impiegata direttamente dalla Regione per interventi di promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie in relazione al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale e regionale (art. 2, D.Lgs 30/12/1992 n. 502) Mezzi statali" del bilancio regionale per l'esercizio 1999 che presenta la necessaria disponibilità dando atto che la spesa è autorizzata dall'art. 51, comma 1, lettera c) della L.R. 28/4/1999, n. 5, così come modificata dall'art. 20 della L.R. 32/1999;
- 5) di dare atto che l'importo di L. 4.550.000.000 (pari a Euro 2.349.878,89) verrà impegnato e liquidato con successivo atto sul capitolo 51704 "Fondo sanitario nazionale di parte corrente: assegnazioni alle Aziende sanitarie della Regione (art. 38 D.Lgs 15/12/1997, n. 446) Mezzi regionali" in occasione del riparto per cassa del Fondo sanitario 1999;
- 6) di dare atto che le assegnazioni e l'imputazione di cui sopra ai capitoli del Fondo sanitario regionale sono motivate dalla circostanza che il programma in oggetto, che con tale spesa si finanzia, è direttamente finalizzato, per i motivi espressi in premessa, a realizzare gli obiettivi contenuti nel Piano sanitario regionale, e a qualificare e razionalizzare i servizi resi dal Servizio sanitario regionale complessivamente inteso;
- 7) di dare atto altresì che alla liquidazione della somma indicata al punto 4) provvederà, ai sensi della L.R. 31/1977 così come modificata dalla L.R. 40/1994 e in attuazione della propria Delibera 2541/1995, con propri atti formali, il responsabile del servizio competente ad avvenuta comunicazione di avvio del progetto e presentazione di regolari note di addebito;
- 8) di dare atto che si provvederà con successivi atti ad ulteriori finanziamenti per gli interventi e le azioni previste nel Progetto regionale;
- 9) di prevedere che il Responsabile dei Distretti sanitari, in accordo con il Responsabile del Servizio Servizi socio-sanitari, determinerà con proprio atto le modalità di attestazione dell'attuazione degli interventi previsti e di rendicontazione delle somme assegnate con il presente atto;
- 10) di pubblicare la presente Deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Allegato 1.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

PROGETTO REGIONALE DEMENZE

Indice

1. Perché un progetto demenze
 - 1.1. Epidemiologia delle demenze
 - 1.2. La situazione attuale
2. Le opzioni di fondo e le leve strategiche
 - 2.1. Approccio globale e integrato
 - 2.2. Rete integrata e non separata
 - 2.3. Riconoscimento e sostegno del ruolo delle famiglie e delle associazioni e modifica delle modalità di rapporto e collaborazione che la rete istituzionale dei servizi deve essere in grado di garantire
3. Gli obiettivi
 - 3.1. Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva
4. Le azioni
5. Sperimentazione e innovazione
6. Indicatori e flussi informativi

1. Perché un progetto per le demenze

Le demenze rappresentano la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne dei paesi occidentali, e la diffusione delle diverse forme di demenza è in costante crescita in conseguenza dell'allungamento della speranza di vita e dei tassi di incidenza e prevalenza che sulla base degli studi epidemiologici risultano correlati all'età.

1.1. Epidemiologia delle demenze

Con il termine demenza si intende una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente. Oltre ai *deficit* cognitivi sono presenti disturbi che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento.

I dati del Progetto finalizzato invecchiamento del CNR recentemente conclusosi indicano prevalenze per l'Italia in linea con quanto atteso sulla base dei dati della letteratura internazionale.

Per quanto riguarda la prevalenza, meno dell'1% della popolazione al di sotto dei 65 anni risulta affetto da demenza, mentre il 5,3% dei maschi e il 7,2% delle femmine ultrasessantacinquenni ne risultano affetti.

Con l'età si assiste ad una crescita della prevalenza che passa dall'1,2% tra i 65 e i 69 anni al 3,5% fra 70 e 74 anni, sino a superare il 20% fra 80 e 84 anni.

Sono attesi 11,9 nuovi casi all'anno per ogni 1.000 abitanti per le età superiori a 65 anni, corrispondenti a circa 96.000 nuovi casi all'anno a livello nazionale.

Anche l'incidenza è correlata all'età passando da 4,1 casi per 1.000 abitanti per le età fra 65 e 69 anni a 29,9 per le età fra 80 e 84 anni.

Sulla base dei tassi di incidenza e prevalenza per fasce di età rilevati nello studio ILSA/CNR applicati alla popolazione anziana per fasce di età residente in regione al 31/12/1998 è possibile stimare indicativamente la diffusione delle demenze nella regione e prevederne la diffusione nel 2005, ipotizzando anche un'articolazione territoriale per Aziende USL.

Al 31/12/1998 sono circa 49.000 i casi totali stimati di demenza (prevalenza attesa) e circa 8.600 i nuovi casi annui (incidenza), prevedendo al 2005 circa 53.000 casi prevalenti e circa 9.000 nuovi casi annui.

Tabella 1. Numero casi prevalenti e nuovi casi attesi nella Regione Emilia-Romagna sulla base della popolazione residente al 31/12/1998 e dei tassi di incidenza e prevalenza del Progetto ILSA CNR-PF. Invecchiamento per classi di età

	Prevalenza			Incidenza nuovi casi per anno
	Demenza	di cui Alzheimer	Demenza vascolare	
65-69 U	1.122	449	449	460
65-69 D	1.666	897	513	513
70-74 U	2.261	787	787	570
70-74 D	5.846	3.050	4.784	979
75-79 U	7.088	2.089	2.089	1.022
75-79 D	9.790	4.784	1.669	1.936
≥ 80 U	6.752	2.080	1.350	1.172
≥ 80 D	14.759	5.852	3.251	1.944
TOTALE	49.284	19.987	10.997	8.595

Tabella 2. Numero casi prevalenti e nuovi casi attesi nella Regione Emilia-Romagna sulla base della popolazione residente al 31/12/1998 e dei tassi di incidenza e prevalenza del Progetto ILSA CNR-PF Invecchiamento per Azienda USL di residenza

Azienda USL	Prevalenza			Incidenza nuovi casi annui di demenza
	Totale demenze	di cui Alzheimer	Demenza vascolare	
Piacenza	3.631	1.472	809	629
Parma	5.266	2.137	1.170	912
Reggio Emilia	5.260	2.129	1.173	914
Modena	7.050	2.863	1.575	1.232
Bologna Sud	2.604	1.052	586	458
Imola	1.276	511	287	223
Bologna Nord	2.158	873	484	379
Bologna Città	5.888	2.399	1.300	1.018
Ferrara	4.638	1.896	1.033	815
Ravenna	4.548	1.834	1.019	794
Forlì	2.236	900	500	389
Cesena	1.928	783	432	339
Rimini	2.799	1.137	628	492
<i>Totale Regione</i>	<i>49.284</i>	<i>19.987</i>	<i>10.997</i>	<i>8.595</i>

1.2. L'attuale situazione

La rete dei servizi socio-sanitari si fa carico di parte dei problemi assistenziali e di cura delle persone dementi.

Una parte degli anziani colpiti da demenza nei diversi stadi della malattia è ospite dei servizi residenziali per non autosufficienti. Degli anziani con demenza che risiedono a domicilio, parte usufruisce della rete dei servizi (centri diurni, assistenza domiciliare sociale, assistenza domiciliare integrata, assegni di cura).

È indubbio quindi che, attualmente, il maggior peso assistenziale grava sulle famiglie. Il coinvolgimento della famiglia nella cura, nell'assistenza, nel sostegno psicologico e nella tutela dell'anziano diventa progressivamente totale nei diversi stadi della malattia, e devastante.

Spesso l'attività di assistenza, nel lungo percorso della malattia che mediamente copre un periodo di 10 anni, si aggiunge allo svolgimento di altri ruoli professionali, familiari, genitoriali, fino a renderli subordinati, con conseguenze drammatiche sull'equilibrio della vita dei familiari.

Sino ad oggi è stato sottovalutato il peso che grava sulle famiglie di anziani dementi in termini sia di risorse economiche che di risorse umane. L'impatto dei costi sociali complessivi, rilevante e nettamente superiore a quelli sanitari, pone l'esigenza di un profondo adeguamento delle politiche di intervento.

Il carico assistenziale prolungato nel tempo pone forti problemi di tenuta dei nuclei familiari che assistono propri congiunti affetti da demenza, richiedendo un crescente assorbimento di risorse e provocando modifiche sugli impegni lavorativi fino, molto spesso, all'abbandono del lavoro.

Le profonde modifiche degli assetti familiari (aumento delle famiglie unipersonali, aumento dell'instabilità delle unioni familiari, riduzione del tasso di nuzialità, aumento degli anziani che vivono soli, diminuzione degli anziani che vivono con i figli) pongono un interrogativo sulla sostenibilità sociale dell'attuale situazione.

Le tendenze demografiche e sociali regionali, che più nettamente rispetto ad altre regioni sono caratterizzate da questi elementi, richiedono un ridisegno delle politiche di intervento.

Secondo studi realizzati in altri paesi occidentali, il costo sociale globale annuo medio per ogni anziano demente è di alcune decine di milioni. Tale stima si riferisce non soltanto ai costi per l'assistenza e le cure, ma anche ai costi sociali indiretti (perdita di giornate di lavoro per i familiari, ecc.). I costi indiretti (perdita di reddito, assistenza informale, ecc.) rappresentano circa l'80% del totale e gravano per lo più direttamente sulle famiglie.

Al di là della completa validità delle stime citate in riferimento al contesto regionale, l'entità dei costi diretti e indiretti da sostenere, oggi e in prospettiva, pone all'ordine del giorno alcuni interrogativi:

- a) attraverso quali strumenti garantire una distribuzione degli elevati costi sociali conseguenti alle demenze?
- b) è realistico prevedere che anche in futuro le famiglie potranno continuare a garantire quel ruolo fondamentale per la "cura" dei soggetti dementi che attualmente svolgono?

Dati sui ricoveri ospedalieri

Nel 1998 sono state effettuate 3.468 dimissioni di anziani residenti in regione da ospedali della regione con DRG 429 (disturbi organici e ritardo mentale) e con DRG 12 (disturbi degenerativi del sistema nervoso) con prima diagnosi demenza senile, malattia di Alzheimer o malattia di Pick (codici ICD IX: 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 290.8, 290.9, 331.0, 331.1).

Le 3.468 dimissioni hanno interessato 3.131 persone con una media di 1,1 dimissioni per persona.

Nel 1998 sono state effettuate 12.348 dimissioni di persone residenti dai Presidi ospedalieri della regione con diagnosi di demenza senile, malattia di Alzheimer o malattia di Pick (con codici di patologia dell'elenco precedente) in una delle quattro diagnosi della scheda nosologica.

La diagnosi di demenza non indica in questo caso la diagnosi principale di ricovero.

Le 12.348 dimissioni hanno interessato 9.881 persone con una media di 1,25 dimissioni per persona.

2. Le opzioni di fondo e le leve strategiche

2.1. Approccio globale e integrato

La ricerca medica e scientifica ha raggiunto importanti risultati nel corso degli ultimi decenni, anche se lungo resta il percorso da compiere sia per quanto riguarda la definizione dell'eziologia delle forme primarie che per la messa a punto di efficaci terapie.

Attualmente inguaribili (ad eccezione delle forme reversibili), le demenze sono curabili, nel senso che molto è possibile fare per "prendersi cura" del soggetto demente nel suo percorso di progressione della malattia. È perciò possibile attivare interventi diversi, non esclusivamente sanitari, interventi che se posti in essere ritardano la progressione della malattia migliorando la gestione e la qualità della vita dell'anziano e dei familiari.

Il progetto regionale vuole offrire opportunità ai soggetti nei diversi contesti nei quali vivono (a domicilio o in strutture residenziali) e promuovere interventi sia sanitari sia sociali per assicurare il più alto livello di benessere possibile.

Le demenze rappresentano un caso emblematico degli effetti dell'aumento delle malattie cronico-degenerative legate all'età e richiedono una revisione complessiva dell'assetto stesso del sistema delle cure e una ridefinizione degli obiettivi e degli strumenti per valutare gli interventi, nel momento in cui la guarigione non rappresenta un esito possibile.

Lo sviluppo demografico della comunità regionale richiede un ripensamento non solo degli indirizzi e degli interventi socio-sanitari, ma anche un adeguamento delle politiche del territorio, in particolare di quelle abitative. È necessario che si sviluppi una consapevolezza della dimensione "sociale" del problema demenze e che tale consapevolezza influenzi i diversi soggetti ed enti nel definire le politiche territoriali.

2.2. Rete integrata e non separata

Occorre adeguare la rete dei servizi socio-sanitari ai bisogni complessi e specifici dei soggetti dementi e delle loro famiglie, migliorando lo *standard* di offerta, in una prospettiva di integrazione territoriale, professionale e sociale.

Considerando la struttura e la diffusione territoriale dei servizi esistenti, nello spirito della L.R. 5/1994, nella fase di avvio del progetto regionale, l'opzione di fondo per l'assistenza a persone dementi e ai loro familiari fa perno sullo sviluppo, qualificazione e specializzazione della rete socio-sanitaria esistente e non contempla la previsione di percorsi né di strutture separate.

La creazione di nodi della rete specializzati (quali centro diurni o nuclei nelle RSA) è prevista solo a livello sperimentale, secondo comunque i criteri predefiniti dal Piano stesso.

Le sperimentazioni hanno anche lo scopo di accumulare e diffondere cultura assistenziale qualificata e di fungere da stimolo per l'intera rete dei servizi.

2.3. Riconoscimento e sostegno del ruolo delle famiglie e delle associazioni e modifica delle modalità di rapporto e collaborazione che la rete istituzionale dei servizi deve essere in grado di garantire

Le principali leve strategiche del progetto sono la formazione e aggiornamento delle persone coinvolte nell'assistenza, l'adeguamento qualitativo e quantitativo del personale, l'adeguamento dell'ambiente, il sostegno dei familiari che trovano un impiego diversificato rispetto alla intensità in relazione ai vari *setting* in cui la rete si articola (domicilio, centro diurno, servizi residenziali, ecc.).

A) Formazione e aggiornamento

Il principale strumento per migliorare la "cura" dei soggetti dementi è la formazione dei *caregiver* professionali e informali.

Le caratteristiche delle demenze sono tali da impedire un corretto approccio ad esse in mancanza di una preparazione adeguata, specifica e permanente che garantisca:

- la comprensione dei meccanismi neuropsicologici alla base della stessa;
- l'individuazione di comportamenti e atteggiamenti professionali idonei a contenere e/o contrastare i disturbi comportamentali del malato, a prevenire e monitorare gli eventi patologici concomitanti e a stimolare la funzionalità residua;
- la capacità di interiorizzare il processo di decadimento e involuzione della demenza mantenendo però vivo l'obiettivo di recupero/riabilitazione;
- l'integrazione fra le figure professionali, e tra queste e i *caregiver* non professionali.

La Regione individua questo terreno come prioritario e si impegna a:

- a) incentivare un programma straordinario di formazione e aggiornamento degli operatori professionali della rete;
- b) elaborare proposte di percorsi formativi per le diverse professionalità e i diversi ruoli, per i familiari, per garantire una base omogenea alle attività di formazione e aggiornamento che verranno realizzate nei territori;
- c) prevedere come obbligatorio un costante aggiornamento permanente degli operatori dei servizi;
- d) sperimentare a livello regionale un corso per la formazione di operatori esperti nelle tecniche di sostegno e riabilitazione cognitiva dei soggetti affetti da demenza;
- e) sviluppare adeguatamente i contenuti formativi relativi alle demenze nei percorsi formativi di base (addetto all'assistenza di base, responsabile attività assistenziali, coordinatore, ecc.) la cui definizione rientra nell'ambito delle competenze regionali.

B) Ambiente

La persona colpita da demenza perde la dimensione temporale dell'esistenza, cosicché passato e futuro cessano di essere le coordinate che dirigono il vivere quotidiano e tutto si cristallizza in un presente apparentemente senza radici e senza prospettive. In questa situazione la dimensione spaziale assume in sé la funzione di legare l'individuo alla dimensione temporale, quasi vicariandone il significato vitale; in particolare lo spazio modellato dal lento scorrere del tempo, segnato dagli eventi che hanno costituito la storia della persona, diviene la modalità residuale di vivere il tempo nella sua dimensione passata. L'impossibilità ad apprendere nuove informazioni impedisce alla persona affetta da demenza di conoscere nuovi luoghi, di attribuire significati vitali a nuovi spazi.

In ogni fase della malattia l'ambiente può compensare (assumendo una valenza protesica) o al contrario accentuare i *deficit* cognitivi e condizionare perciò lo stato funzionale e il comportamento. Le modificazioni ambientali non incidono comunque sulla storia naturale della malattia e sul declino delle funzioni cognitive, ma riducono i problemi comportamentali (quali agitazione, affaccendamento, *wandering*, aggressività, insonnia), i sintomi psicotici, e rallentano il declino delle capacità funzionali dei soggetti con demenza.

Lo spazio e l'ambiente vitale rappresentano perciò, per la persona affetta da demenza, da un lato il motivo scatenante di molte alterazioni del comportamento e dall'altro una risorsa terapeutica, purtroppo spesso sottoutilizzata.

Lo spazio vitale della persona con demenza va considerato come un sistema integrato, che comprende aspetti architettonici e componenti legate all'organizzazione e al contesto sociale.

La componente organizzativa si riferisce principalmente ai programmi di strutture e servizi, quali centri diurni, residenze protette o assistenziali. La componente sociale è rappresentata dai *caregiver* informali (familiari o amici), e formali (*staff* dei servizi domiciliari e residenziali), dai vicini o dai residenti nelle istituzioni. Infine, la componente architettonica si riferisce agli spazi fisici per le persone con demenza (siano esse al domicilio o in strutture diurne o residenziali) e all'organizzazione di questi spazi (arredamento, materiali, attrezzature, proprietà sensoriali e spaziali).

Lo sforzo dedicato al miglioramento dell'ambiente di vita delle persone affette da demenza, sebbene non incida probabilmente sulla durata biologica della malattia, certamente prolunga e migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie e rappresenta a tutt'oggi uno dei pochi risultati realmente terapeutici ottenibili nella cura della demenza.

La Regione elabora e propone criteri per la realizzazione e l'adattamento di "ambienti" adeguati alle esigenze dei soggetti colpiti da demenza nelle abitazioni, e nelle strutture e nei servizi semiresidenziali e residenziali.

C) Alleanza "terapeutica" con i familiari

I familiari hanno un ruolo centrale nella gestione del paziente demente; infatti rappresentano la risorsa principale per l'assistenza e l'elemento che può ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione.

Chi fornisce assistenza a soggetti con demenza è particolarmente a rischio di accusare sintomi quali nervosismo, astenia, inappetenza e insonnia. Frequentemente è rilevabile depressione dell'umore; ciò si correla ad un consumo di farmaci psicotropi significativamente superiore rispetto alla popolazione generale.

La Regione riconosce il ruolo fondamentale dei familiari in qualità di soggetti dell'attività di cura e ritiene di importanza strategica la diffusione di programmi di educazione e di sostegno dei familiari, per realizzare nuove forme di "alleanza terapeutica" tra operatori professionali e *caregiver* informali. Nell'ambito delle forme di collaborazione e integrazione, è necessario che la rete dei servizi riconosca la "soggettività" e l'iniziativa dei familiari, non soltanto "oggetto" di attenzione e sostegno ma attori decisivi del processo di cura.

3. Gli obiettivi

Obiettivo 1. Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva

L'attuale situazione è caratterizzata dalla difficoltà nell'ottenere una diagnosi. Il tempo che trascorre tra la fase di insorgenza dei primi sintomi e la diagnosi è mediamente superiore ai 2,5 anni. Uno dei problemi prioritari è il riconoscimento delle differenze tra sindromi demenziali, forme di declino cognitivo fisiologico legato all'età e sindromi depressive.

La diagnosi di demenza è il risultato di uno scrupoloso e approfondito processo valutativo che porta alla esclusione delle altre possibili cause di decadimento cognitivo.

Una diagnosi accurata e tempestiva è importante:

- a) per riconoscere e intervenire nelle forme potenzialmente reversibili (e arrestabili), stimate tra il 5 e il 20% dei casi;
- b) per intervenire sullo sviluppo della malattia nelle forme irreversibili, rallentandone la progressione e migliorando la qualità della vita del paziente e dei familiari;
- c) per la corretta impostazione di un piano globale di assistenza, delle terapie farmacologiche e dei trattamenti riabilitativi idonei;
- d) per fornire al paziente e ai familiari informazioni più precise circa il decorso della malattia, gli atteggiamenti e le modalità di relazione più appropriate, i servizi e le risorse disponibili.

La diagnosi sindromica è sempre indispensabile e deve essere ottenuta, a qualsiasi livello di malattia, ottemperando ai criteri diagnostici internazionali. Il livello di approfondimento valutativo (neuropsicologico, funzionale, strumentale) è comunque in relazione alla gravità della malattia e agli specifici obiettivi. Nelle fasi iniziali-intermedie della malattia prevalgono le esigenze di una diagnosi differenziale e di un preciso inquadramento anche eziologico, sia al fine della impostazione di una corretta terapia, che per la formulazione di una prognosi e la pianificazione degli interventi. Nelle fasi avanzate prevalgono le esigenze di una approfondita

valutazione della comorbidità, delle possibilità di recupero o contenimento dei *deficit* funzionali, pur senza rinunciare a una corretta diagnosi sindromica.

Obiettivo 2. Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari

Obiettivo 3. Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali

Obiettivo 4. Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi

Nella realtà regionale, con l'impegno congiunto di Enti locali, AUSL, IPAB, privato sociale e soggetti privati, è stata costruita una rete di servizi per gli anziani non autosufficienti diffusa e articolata. Questa rete, al di là delle carenze che presenta soprattutto in alcuni territori, si è orientata in questi anni ad offrire risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti, soprattutto per quanto riguarda le compromissioni funzionali e le condizioni sanitarie cronico-degenerative.

Nel corso degli ultimi anni si sono sviluppate esperienze in alcuni servizi per qualificare l'assistenza per i dementi.

È necessario che l'intera rete in ogni suo punto sia messa in condizione di migliorare la propria offerta, sviluppando in modo diffuso le "competenze" per prendersi cura adeguatamente dei soggetti dementi. Il progetto regionale mette a disposizione strumenti e opportunità per la diffusione generalizzata di un processo di qualificazione dell'assistenza nei diversi servizi.

La costruzione a livello distrettuale di un chiaro e condiviso percorso assistenziale (dal sospetto diagnostico alla diagnosi, dalla definizione alla gestione del piano di assistenza e al *follow up* necessario) è la pre-condizione per garantire "la continuità assistenziale", che nel caso delle demenze assume connotati particolari in conseguenza del periodo prolungato del ciclo della malattia.

La Regione fornisce indicazioni per la definizione di percorsi assistenziali per le AUSL, le Aziende ospedaliere, i medici di medicina generale, i Servizi assistenza anziani, i Comuni, per giungere nell'ambito delle attività del Distretto alla condivisione di chiari percorsi e responsabilità da indicare agli anziani affetti da demenza, ai loro familiari e agli operatori dei servizi.

Obiettivo 5. *Modificare la relazione tra servizi/anziani/famiglie, rendendo la rete dei servizi istituzionali capace di sostenere le famiglie e le reti di aiuto informali, valorizzando l'apporto delle associazioni*

Il lungo percorso che contraddistingue la progressione della malattia richiede interventi differenti nei diversi stadi della stessa. Occorre modificare il tradizionale approccio "rete dei servizi/paziente/familiari" per realizzare un modello di "presa in carico territoriale", centrata sulla:

- collaborazione/integrazione tra servizi, famiglia, associazioni e risorse informali del territorio,
- competenza dei *team* interprofessionali,
- continuità assistenziale e monitoraggio dell'evolversi della malattia (*follow up*),
- attenzione anche ai bisogni dei familiari che prestano assistenza e cura.

Obiettivo 6. *Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali*

Per qualificare l'assistenza ospedaliera per i soggetti dementi due sono gli obiettivi da perseguire:

- evitare il ricorso ai ricoveri impropri nei soggetti dementi,
- garantire un adeguato livello di cure al soggetto demente che necessita di ricovero ospedaliero, evitando il rifiuto pre-condizionato e le complicità legate a processi assistenziali non appropriati.

4. Le azioni

Obiettivo 1. *Garantire una valutazione e una diagnosi adeguata e tempestiva*

1.1. *Sostenere il ruolo del medico di medicina generale nella individuazione precoce dei casi e nella gestione del paziente al domicilio, in raccordo con i Consultori per le demenze*

Il coinvolgimento del medico di medicina generale (MMG) risulta decisivo per ridurre i tempi tra la comparsa dei sintomi e la "presa in carico" da parte dei servizi.

Il medico di medicina generale, mediante la formulazione del sospetto diagnostico di sindrome demenziale, può garantire la riduzione dell'area di elusione del problema demenze.

Per il raggiungimento di questo obiettivo la Regione:

- fornisce indicazioni in merito ai percorsi e agli strumenti per valorizzare del ruolo del medico di medicina generale;
- promuove uno specifico programma di aggiornamento per l'assistenza ai soggetti dementi rivolto ai medici di medicina generale, programma da considerarsi tra le priorità dei piani di formazione/aggiornamento aziendale.

Le attività di aggiornamento dei medici di medicina generale perseguono i seguenti obiettivi specifici:

- conoscenza linee guida regionali per l'assistenza ai malati di demenza,
- sviluppo competenze professionali utili a porre il sospetto diagnostico di sindrome demenziale,
- sviluppo competenze professionali utili alla gestione dei casi, in collaborazione con il Consultorio per le demenze, favorendo anche una razionalizzazione dell'intervento farmacologico, la prevenzione e cura delle complicanze, il riconoscimento e controllo delle patologie concomitanti,
- conoscenza strumenti di comprensione delle modalità reattive dei familiari dei soggetti dementi anche al fine di informare e orientare la famiglia del malato.

1.2. Creare una rete di Consultori per le demenze

Le Aziende USL individuano almeno un Consultorio per le demenze (CPD) che coaguli a livello aziendale la diagnostica di secondo livello per le demenze in conformità con le linee di indirizzo regionali.

I Consultori per le demenze assicurano i seguenti requisiti:

- a) accesso privilegiato alla diagnostica strumentale e laboratoristica;
- b) collegamento strutturato con un reparto ospedaliero dotato di competenze specifiche nella gestione delle sindromi demenziali anche per ricoveri tempestivi e/o programmati a fini diagnostici.

Le Aziende USL, nella individuazione del/i Consultorio/i per le demenze:

- a) valorizzano le competenze professionali e le strutture con consolidate esperienze già attive, anche in collaborazione con le Aziende ospedaliere e le Università;
- b) dimensionano l'attività del Consultorio in relazione alla popolazione anziana di riferimento.

Le Aziende USL di una stessa provincia possono accordarsi per l'individuazione di uno o più Consultori per le demenze o prevedere forme di articolazione territoriale, tenendo conto dell'opportunità di localizzazioni baricentriche rispetto ai territori di riferimento, che garantiscano un facile accesso ai Consultori.

Indicativamente non si ritiene opportuno individuare Consultori per le demenze con una popolazione di riferimento con età ≥ 65 anni inferiore a 30/40.000 unità.

La funzione del Consultorio, centro esperto per le demenze, è quella di:

- svolgere un ruolo di "indirizzo", garantendo la diffusione delle linee guida e degli orientamenti regionali;
- fornire gli interventi necessari alla diagnostica di secondo livello:
 - direttamente, per quanto concerne quella neuropsicologica;
 - indirettamente, usufruendo di un canale preferenziale per la diagnostica strumentale e laboratoristica, secondo i criteri previsti dalle linee guida regionali relative al percorso diagnostico.

Tale processo diagnostico, che preferibilmente è espletato in regime di ricovero diurno (DH), in quanto l'istituzionalizzazione è di per sé causa di maggiore disorientamento, è importante soprattutto per le forme lievi di malattia, cioè nelle fasi iniziali, al fine di discriminare tempestivamente forme di pseudo-demenza depressiva, di demenza secondaria da altre patologie e pertanto potenzialmente guaribile (diagnosi differenziale e nosografica);

- definire l'intervento farmacologico sia cognitivo sia comportamentale nei casi necessari e fornire consulenza e *follow up* periodico ai medici che hanno in carico soggetti dementi a domicilio o in qualunque punto della rete dei servizi;
- prescrivere *training* di riabilitazione cognitiva;
- fornire al paziente *training* specifici di riabilitazione cognitiva (ROT, *training* sensoriale, ecc). L'attività di stimolazione cognitiva può essere assicurata sia presso il Consultorio per le demenze che in altre sedi a livello locale, presso ambulatori che assicurano le prestazioni riabilitative e di stimolazione cognitiva previste nel tariffario;
- fornire consulenza ai Servizi assistenza anziani e ai servizi della rete del territorio di riferimento per l'attuazione del progetto regionale sia per la gestione di casi complessi che per programmi (campagne informative, piani di miglioramento della assistenza di ogni servizio, ecc.);
- assicurare la propria competenza professionale ai Servizi assistenza anziani del territorio di riferimento per la realizzazione di momenti informativi, educativi e di sostegno per i familiari dei malati, in linea con le linee guida regionali e in collaborazione con le associazioni di familiari del territorio;
- assicurare la propria competenza professionale per la realizzazione, in collaborazione con i Servizi assistenza anziani dei territori di riferimento, di interventi formativi sulle demenze rivolti al personale dei servizi della rete, secondo le indicazioni regionali sui percorsi formativi;
- raccogliere ed elaborare dati relativamente alla casistica in suo possesso.

A titolo indicativo, nel Consultorio per le demenze collaborano le seguenti professionalità:

- a) medico, di preferenza neurologo e/o geriatra, con competenza ed esperienza nella gestione delle sindromi demenziali,
- b) psicologo con formazione ed esperienza in ambito neuropsicologico, nella gestione delle sindromi demenziali e dei rapporti con familiari dei malati di demenza,
- c) infermiere professionale con competenze di *nursing* del paziente demente,
- d) operatore con esperienza nei servizi per anziani in particolare nel campo della stimolazione cognitiva per soggetti dementi,
- e) personale amministrativo di supporto.

Il Consultorio è inserito nella rete dei servizi e stabilisce forme di coordinamento con i Distretti (in particolare con il Dipartimento di cure primarie) e i Servizi assistenza anziani di riferimento, in particolare al fine di assicurare l'attenta valutazione delle problematiche sociali e familiari sia al momento dell'invio per la diagnosi sia nelle fasi successive del percorso di cura.

La realizzazione di una rete di Consultori è da intendersi come garanzia minima per ogni Azienda USL di almeno un centro esperto in grado di assicurare un adeguato livello diagnostico-terapeutico.

Il Consultorio per le demenze svolge inoltre un'azione di indirizzo e collaborazione con altri centri o specialisti operanti nel territorio di riferimento, al fine di garantire un percorso assistenziale omogeneo con gli indirizzi regionali.

1.3 Promuovere la diffusione di linee guida condivise per la valutazione e diagnosi, la terapia e la predisposizione di piani assistenziali globali

La valutazione del soggetto demente deve rispettare in ogni fase del percorso di cura il principio della globalità e multidimensionalità che, nello specifico del paziente demente, significa la valutazione delle seguenti aree:

1. funzioni cognitive,
2. stato funzionale,
3. sintomi non cognitivi e depressione,
4. comorbidità somatica,
5. *stress dei caregiver.*

A queste aree specifiche del demente si aggiunge, come in ogni valutazione multidimensionale dell'anziano, la valutazione del *network* e dei problemi di tipo sociale ed economico.

La Regione, al fine di promuovere in tutto il territorio regionale la diffusione delle più aggiornate acquisizioni scientifiche per l'assistenza e la cura ai soggetti dementi, elabora e diffonde:

- a) linee di indirizzo per la valutazione e la diagnosi;
- b) una proposta di strumenti per la valutazione, indicando, per ognuna delle aree, gli strumenti fra quelli più utilizzati e più utili per la valutazione del paziente demente, al fine di offrire una base di lavoro che costituisca minimo comune denominatore per tutti i soggetti e strutture operanti in ambito regionale. L'utilizzo di strumenti di raccolta dei dati standardizzati e validati non solo assicura la copertura di tutte le aree di interesse, ma assicura altresì la valutazione oggettiva del paziente, permettendo il *follow up* e la comparazione fra pazienti o gruppi di pazienti in *setting* simili, così come la pianificazione delle risorse e dell'utilizzo dei servizi;
- c) protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali;

La Regione mette a disposizione degli operatori e dei servizi questi strumenti, assicurando una capillare diffusione anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Obiettivo 2. Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari

2.1. Precoce valutazione, diagnosi e presa in carico

È necessario ridurre il tempo che intercorre tra la fase di insorgenza della malattia e la diagnosi che è spesso un periodo di profondo travaglio per i familiari.

Un tempestivo inquadramento diagnostico e l'attuazione degli interventi di assistenza adeguati alle condizioni del soggetto contribuiscono a facilitare l'adattamento dei familiari alla nuova condizione del loro familiare. La possibilità di poter contare su sostegni professionali e su una rete di riferimento contribuisce a rompere il senso di isolamento che colpisce i familiari e il soggetto demente al momento dell'insorgere della malattia.

Concorrono a raggiungere questo obiettivo le azioni previste ai punti 1.2, 1.3 e la definizione di un chiaro percorso assistenziale, all'interno del quale sono definiti funzioni, compiti e relazioni tra i diversi servizi e professionisti.

2.2. Informazione sulle risorse esistenti

La disponibilità di informazioni sulle risorse e sulle possibilità esistenti risulta una delle zone d'ombra.

Occorre una azione informativa coordinata e integrata a livello distrettuale, mettendo in rete tutti i principali punti di contatto e di smistamento delle informazioni: URP, ambulatori medici di base, ospedale, Servizio assistenza anziani, uffici comunali, Consultorio per le demenze, associazioni, soggetti del terzo settore, enti gestori di servizi.

È da tenere presente l'opportunità di:

- differenziare e modulare l'informazione di base (dove rivolgersi per un primo contatto) dall'informazione di dettaglio (dove rivolgersi per servizi specifici), una volta che siano state valutate e chiarite le condizioni del soggetto;
- integrare l'attività informativa con il Servizio assistenza anziani e la rete dei servizi;
- condividere il contenuto e il livello delle informazioni tra tutti coloro che svolgono un ruolo informativo, evitando messaggi confusi e contrastanti,
- orientare l'informazione al corretto percorso assistenziale definito a livello distrettuale.

In ogni ambito distrettuale i Comuni e il Distretto, in collaborazione con le associazioni di familiari e i soggetti del terzo settore operanti nel territorio, definiscono uno specifico progetto per garantire nella rete informativa già esistente il diritto all'informazione sulle risorse disponibili, secondo i criteri indicati in precedenza.

2.3. Garantire in tutte le tipologie dei servizi della rete una adeguata offerta di presa in carico di sostegno per periodi limitati (respite care)

In ambito distrettuale vanno individuati in ogni tipologia di servizio un numero adeguato di posti destinati ad accogliere temporaneamente soggetti colpiti da sindromi demenziali.

Il Servizio assistenza anziani, coadiuvato dal Consultorio per le demenze, in collaborazione con gli enti gestori dei servizi della rete, definisce criteri per l'inserimento nelle tipologie dei servizi tenendo conto:

- a) della stadiazione della malattia e delle caratteristiche del soggetto;
- b) della effettiva organizzazione dei singoli servizi.

La Regione fornisce prime indicazioni e suggerimenti per la corretta individuazione dei criteri di cui in precedenza.

2.4. Formazione e aggiornamento dei caregiver informali

I Servizi assistenza anziani, in collaborazione con i Consultori per le demenze di riferimento territoriale e le associazioni, promuovono la realizzazione di attività periodiche di informazione generale sulle demenze e attività di formazione/aggiornamento per i familiari che assistono dementi (vedi successivo punto 5.1).

La Regione incentiva tali attività e formula suggerimenti in ordine alle metodologie e ai contenuti per le stesse.

2.5. Consulenza su problematiche assistenziali, legali, previdenziali e psicologiche

Si ritiene obiettivo qualificante l'attivazione in ogni ambito distrettuale di servizi di consulenza inerenti i principali problemi che coinvolgono le famiglie che assistono soggetti colpiti da sindromi demenziali: giuridica, previdenziale-assistenziale, psicologica, assistenziale.

In collaborazione con le associazioni, i Comuni e i Distretti delle Aziende USL, nell'ambito delle attività del Servizio assistenza anziani, assicurano la disponibilità, di norma in ambito distrettuale, delle consulenze indicate, valorizzando le iniziative già in essere a cura delle associazioni ed evitando ogni inutile duplicazione.

La Regione incentiva la realizzazione e la diffusione delle attività di consulenza.

Appare opportuno sperimentare nell'arco della durata del progetto regionale anche forme di consulenza mediante l'utilizzo di linee telefoniche dedicate e la sperimentazione di un sito *web* dedicato (per richieste di consulenza da soddisfare tramite *e-mail* o *chat line*).

La Regione si impegna a formulare proposte e indicazioni (vedi successivo punto 5.1) e a diffondere un manuale per i familiari.

Obiettivo 3. Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali

3.1. Incentivare l'adattamento dell'ambiente domestico alle esigenze del soggetto demente

La possibilità di realizzare adattamenti dell'ambiente domestico contribuisce a migliorare le condizioni di vita del soggetto demente a domicilio e riduce lo *stress* dei familiari.

È necessario offrire alle famiglie un aiuto e dei suggerimenti per realizzare gli adeguamenti necessari.

A tal fine la Regione elabora alcune proposte tecniche di guida per l'adattamento delle abitazioni.

Si ritiene utile proporre la sperimentazione per diffondere a livello distrettuale consulenze tecniche in grado di indicare alle famiglie le possibilità di adattamenti degli ambienti domestici. È auspicabile che i Comuni del Distretto, in collaborazione con l'AUSL, mettano a disposizione un esperto adeguatamente formato per fornire detta consulenza.

3.2. Sostenere il lavoro di cura dei familiari

Si rimanda alle azioni descritte ai punti 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 4.1 e 5.1.

Obiettivo 4. Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi

4.1. Promuovere un processo di adeguamento e di miglioramento dell'assistenza ai soggetti dementi in ogni servizio della rete

La specificità di bisogni di cui sono portatori il soggetto demente e la sua famiglia rispetto alla tipologia di non autosufficienza che ha costituito sino ad oggi il *target* di riferimento dei servizi, evidenzia l'urgenza di un rimodellamento/adattamento delle modalità di erogazione delle risposte da parte dell'intera rete dei servizi.

Le dimensioni del problema, l'articolazione, la distribuzione e il dimensionamento dei servizi nel territorio regionale suggeriscono di ripensare alle modalità assistenziali per i dementi in tutti i servizi della rete, ampliando le capacità di intervento del modello a rete previsto dalla L.R. 5/1994, escludendo l'individuazione di strutture e percorsi speciali.

Si richiede dunque a tutti i servizi, sia del territorio che semi-residenziali e residenziali, di prendere coscienza che vi è la necessità di adeguare la gestione dei soggetti dementi a ogni livello della rete.

La Regione elabora una proposta di progetto per la qualificazione della presa in carico e della cura dei soggetti affetti da demenza inseriti nei servizi della rete, evidenziando i criteri che ogni servizio della rete deve seguire per migliorare l'assistenza ai dementi.

Il Servizio assistenza anziani, in collaborazione con il Consultorio per le demenze, tiene monitorata l'attuazione del programma di miglioramento di ogni servizio.

Nell'ambito della comune responsabilità di tutti i servizi della rete nell'assistenza ad anziani colpiti da demenze, nella prospettiva di sperimentare forme innovative di assistenza al soggetto demente, è possibile prevedere, nel rispetto dei criteri elaborati dalla Regione:

- l'attivazione di centri diurni organizzati e qualificati per accogliere anziani dementi con disturbi del comportamento di livello significativo,
- l'attivazione di nuclei speciali per soggetti dementi all'interno di strutture residenziali per anziani non autosufficienti.

Tali sperimentazioni, limitate di norma su base distrettuale per i centri diurni e su base aziendale per i nuclei residenziali, debbono essere elaborate e individuate dall'Azienda USL in collaborazione con i Servizi assistenza anziani e il Consultorio per le demenze.

La Regione assicura il monitoraggio delle esperienze sperimentali al fine di approfondire in una fase successiva, una volta che sia stato realizzato l'obiettivo di qualificazione diffusa della rete dei servizi, l'opportunità di diffondere le sperimentazioni realizzate, definendo più precisamente criteri di eleggibilità, *standard*, costi, ecc.

Ferma restando l'indicazione regionale per un coinvolgimento di tutte le strutture residenziali, a tutela e garanzia dei cittadini, la Regione elabora criteri e *standard* ai quali debbono attenersi gli enti gestori per l'attivazione e la gestione di servizi dedicati esclusivamente a soggetti dementi.

4.2. Promuovere un programma di formazione e aggiornamento degli operatori

La formazione e l'aggiornamento degli operatori costituiscono una delle leve principali del progetto regionale.

La Regione formula una proposta di percorsi formativi per le diverse figure professionali operanti nell'assistenza ai soggetti dementi.

Gli interventi formativi vengono realizzati mediante attività di aggiornamento realizzate dalle Aziende USL e incentivate dalla Regione, iniziative finanziate nei Piani provinciali di formazione professionale e iniziative finanziate dagli enti gestori dei servizi.

4.3. Sostenere l'adeguamento "protesico" degli ambienti e delle strutture che ospitano soggetti dementi

La Regione incentiva l'adeguamento e il miglioramento delle strutture mediante programmi di investimento (Piano art. 20 L. 67/1988, Piani di riparto fondi regionali ex art. 42 L.R. 2/1985).

Gli enti attuatori di detti interventi hanno ricevuto prime indicazioni per rendere le strutture più idonee ad accogliere anziani affetti da demenza.

La Regione, inoltre, elabora suggerimenti e criteri per l'adeguamento delle strutture esistenti e per la realizzazione di nuove strutture da diffondere tra i progettisti professionisti e gli enti gestori.

Obiettivo 5. Modificare la relazione tra servizi/anziani/famiglie, rendendo la rete dei servizi istituzionali capace di sostenere le famiglie e le reti di aiuto informali, valorizzando l'apporto delle associazioni

5.1. Realizzare programmi di ambito distrettuale per il sostegno e la cura dei familiari che assistono pazienti affetti da sindromi demenziali

Sostenere il lavoro di cura dei familiari nei confronti di soggetti affetti da sindromi demenziali è uno degli obiettivi prioritari del progetto regionale.

È necessario che gli Enti locali, la rete dei servizi e le associazioni sviluppino programmi territoriali, di norma su base distrettuale, che pongano attenzione - oltre che alle necessità e alle esigenze degli anziani affetti da demenza - anche ai bisogni dei familiari che garantiscono la cura.

Elementi fondamentali di detti programmi sono:

- messa in rete di tutte le iniziative e valorizzazione dei soggetti già attivi, potenziando le sinergie ed evitando inutili duplicazioni;
- collegamento strutturato con la rete dei servizi della L.R. 5/1994 e valorizzazione del Servizio assistenza anziani;
- disponibilità su base distrettuale di consulenze psicologiche, assistenziali, giuridiche e previdenziali destinate a familiari di soggetti colpiti da sindromi demenziali;
- disponibilità di linee di aiuto telefonico;

- disponibilità e diffusione materiale informativo e formativo (indirizzi risorse attivabili, percorsi assistenziali corretti, manuali, ecc.);
- organizzazione di momenti di prima informazione e di successiva formazione per i familiari;
- disponibilità di posti in tutta la rete dei servizi destinati a garantire ricoveri temporanei utili a consentire periodi di riposo ai familiari che li assistono;
- misurazione dei risultati e dello sviluppo delle attività rivolte ai familiari.

La Regione formula proposte e indicazioni per l'elaborazione da parte dei Comuni e dei Distretti delle Aziende USL, in collaborazione con le associazioni, dei Programmi territoriali, e ne incentiva la realizzazione e la diffusione.

Una attenzione particolare va posta per incontrare i bisogni dei *caregiver* informali che affiancano al lavoro di cura l'impegno lavorativo.

5.2. Promuovere e sostenere l'attività di associazioni

Il ruolo delle associazioni è decisivo per la realizzazione del progetto regionale. La diffusione su tutto il territorio regionale e lo sviluppo delle attività delle associazioni è ritenuto elemento strategico. Si sottolinea l'importanza che in ogni territorio i Comuni e le Aziende USL si adoperino per promuovere e sostenere le attività delle associazioni.

La Regione incentiva le iniziative degli Enti locali e delle Aziende USL e formula proposte per il sostegno e lo sviluppo delle associazioni e dei gruppi di mutuo aiuto.

Obiettivo 6. Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali

Le azioni che si intendono intraprendere per realizzare questo obiettivo sono:

- attivare specifici percorsi formativi e di aggiornamento per il personale che opera nelle accettazioni ospedaliere,
- qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali, nei reparti principalmente interessati da pazienti affetti da sindromi demenziali (medicina generale, geriatria, neurologia, chirurgia generale e ortopedia). La Regione propone indicazioni e suggerimenti per l'adeguamento delle procedure assistenziali durante il ricovero e un percorso formativo e di aggiornamento del personale ospedaliero dei reparti maggiormente interessati dai ricoveri di pazienti affetti anche da sindromi demenziali.

5. Sperimentazione e innovazione

L'assistenza e la cura di soggetti affetti da sindromi demenziali è terreno di innovazione e sperimentazione assistenziale.

La Regione incentiva e assicura il monitoraggio delle esperienze che si sviluppano nel territorio regionale con particolare riferimento a:

- a) soluzioni abitative innovative per piccoli gruppi di dementi, quali alternative al ricovero in strutture residenziali collettive, con sperimentazione di forme gestionali che valorizzano tutte le abilità e le autonomie persistenti;
- b) realizzazione di abitazioni di dimensioni e collocazioni idonee a ospitare nuclei familiari con anziani affetti da demenza. La collocazione urbanistica, la dotazione di attrezzature e di impianti adeguati, la prossimità e la facilità di accesso a spazi verdi protetti costituiscono elementi che potranno caratterizzare queste esperienze;
- c) attivazione di "centri notturni" per garantire assistenza durante la notte ad anziani affetti da demenza nelle fasi maggiormente problematiche per quanto riguarda i disturbi comportamentali, consentendo ai familiari che li assistono di fruire del riposo notturno;
- d) diffusione dell'utilizzo di supporti tecnologici destinati sia alle persone anziane affette da demenza, per vivere dignitosamente e con sicurezza al proprio domicilio e in comunità, sia a coloro che a vario titolo assistono persone affette da demenza. Una particolare attenzione va posta nell'individuare soluzioni tecnologiche integrate nell'ambiente di vita, capaci di rispondere alle esigenze etiche e di rispetto delle persone, verificandone l'efficacia in termini di miglioramento della qualità della vita delle persone affette da demenza e di chi li assiste;
- e) diffusione di attività a carattere preventivo ("mantenimento della memoria").

Nonostante l'invecchiamento si associ a modificazioni lievi e benigne delle funzioni cognitive, è frequente che le persone anziane lamentino un declino nelle prestazioni mnestiche. Il significato di questo sintomo è tuttora controverso ed è stato variamente associato al tono dell'umore, al livello educativo, alla personalità. Secondo recenti studi la presenza di sintomi di declino delle funzioni mnestiche si associa a un aumento di 2,6 volte del rischio di sviluppare demenza a 4 anni.

Il significato clinico di queste varie condizioni resta ancora incerto e poco si conosce circa la loro natura biologica. È verosimile che tra i soggetti che presentano un lieve declino cognitivo siano rappresentati sia fasi prodromiche di demenza di Alzheimer sia anziani normali. Vi sono alcuni dati che indicano comunque che il lieve declino cognitivo non deve essere considerato nell'anziano una condizione di normalità, poiché è associato a un aumento di mortalità.

Anche alla luce di quanto sopra, emerge l'importanza di iniziative già avviate nel territorio regionale (in collaborazione spesso con i centri sociali, come nel caso di Bologna e Modena) a carattere preventivo. Benché rivolte ad anziani sani e non affetti da sindromi demenziali, le iniziative di mantenimento della memoria rappresentano

un utile strumento per contrastare gli effetti del deterioramento cognitivo fisiologico associato all'età. Hanno certamente un effetto di miglioramento delle abilità e della qualità della vita dei soggetti anziani sani che vi partecipano.

Se il lieve declino cognitivo può rappresentare in alcuni casi un segno premonitore di una sindrome demenziale, risulterebbe evidente anche una maggiore finalizzazione di prevenzione rispetto alla popolazione affetta da demenza.

6. Indicatori e flussi informativi

Per la valutazione dell'impatto del progetto regionale è indispensabile predisporre un sistema di rilevazione e analisi dei dati che consenta di monitorare:

- il grado di attuazione e diffusione degli interventi proposti;
- il ricorso alla rete e i percorsi assistenziali seguiti;
- le caratteristiche dei soggetti che utilizzano la rete;
- il modificarsi dei bisogni degli anziani affetti da demenza e dei loro familiari.

La Regione elabora una proposta di cartella/scheda con un *set* minimo di informazioni comune a tutti i punti della rete, il flusso informativo, e indicatori sia di processo che di risultato, tenendo conto della necessità di:

- coinvolgere nel flusso i medici di medicina generale, i Consultori per le demenze, i Distretti, i Servizi assistenza anziani e tutti i servizi della rete socio-sanitaria (assistenza domiciliare, centri diurni, strutture residenziali) in modo da poter seguire il percorso assistenziale dei pazienti e valutare l'efficacia delle linee di indirizzo regionale;
- assicurare un raccordo con la banca dati dei ricoveri ospedalieri, per valutare il ricorso al ricovero ospedaliero;
- monitorare le attività di formazione e aggiornamento;
- monitorare le azioni dei Comuni e dei Servizi assistenza anziani per quanto riguarda gli obiettivi 2, 3 e 5;
- monitorare il processo di qualificazione della rete dei servizi socio-sanitari (obiettivo 4).

La proposta di flusso informativo viene sperimentata inizialmente in alcuni ambiti territoriali e successivamente estesa all'intero territorio regionale.

Allegato 2.

**SOMME ASSEGNATE ALLE AZIENDE USL PER REALIZZARE LE AZIONI 1.1 e 4.2
DEL PROGETTO REGIONALE DEMENZE - CAPITOLO 51720**

Azienda USL	Lire	EURO
Piacenza	38.500.000	19.883,59
Parma	54.000.000	27.888,67
Reggio Emilia	56.500.000	29.179,81
Modena	72.000.000	37.184,90
Bologna Sud	28.000.000	14.460,79
Imola	12.500.000	6.455,71
Bologna Nord	25.000.000	12.911,42
Città di Bologna	54.000.000	27.888,67
Ferrara	48.000.000	24.789,93
Ravenna	43.000.000	22.207,65
Forlì	19.500.000	10.070,91
Cesena	23.000.000	11.878,51
Rimini	26.000.000	13.427,88
<i>Totale Regione</i>	<i>500.000.000</i>	<i>258.228,45</i>

Allegato 3

SOMME ASSEGNATE ALLE AZIENDE USL PER REALIZZARE LE AZIONI 1.2 e 4.1 DEL PROGETTO REGIONALE DEMENZE - CAPITOLO 51704

Valori in lire

Azienda USL	Obiettivo 1.2	Obiettivo 4.1	Totale lire
Piacenza	194.157.000	145.253.000	339.410.000
Parma	250.586.000	191.101.000	441.687.000
Reggio Emilia	248.003.000	189.002.000	437.005.000
Modena	303.456.000	234.058.000	537.514.000
Bologna Sud	160.532.000	117.933.000	278.465.000
Imola	118.933.000	84.133.000	203.066.000
Bologna Nord	147.491.000	107.336.000	254.827.000
Città di Bologna	267.537.000	204.874.000	472.411.000
Ferrara	224.800.000	170.150.000	394.950.000
Ravenna	228.834.000	173.428.000	402.262.000
Forlì	151.227.000	110.372.000	261.599.000
Cesena	138.371.000	99.926.000	238.297.000
Rimini	166.073.000	122.434.000	288.507.000
<i>Totale</i>	<i>2.600.000.000</i>	<i>1.950.000.000</i>	<i>4.550.000.000</i>

Valori in EURO

Azienda USL	Obiettivo 1.2	Obiettivo 4.1	Totale
Piacenza	100.273,72	75.016,91	175.290,64
Parma	129.416,87	98.695,43	228.112,30
Reggio Emilia	128.082,86	97.611,39	225.694,25
Modena	156.721,94	120.880,87	277.602,81
Bologna Sud	82.907,86	60.907,31	143.815,17
Imola	61.423,77	43.451,07	104.874,84
Bologna Nord	76.172,74	55.434,42	131.607,16
Città di Bologna	138.171,33	105.808,59	243.979,92
Ferrara	116.099,51	87.875,14	203.974,65
Ravenna	118.182,90	89.568,09	207.750,99
Forlì	78.102,23	57.002,38	135.104,61
Cesena	71.462,66	51.607,47	123.070,13
Rimini	85.769,55	63.231,88	149.001,43
<i>Totale</i>	<i>1.342.787,94</i>	<i>1.007.090,95</i>	<i>2.349.878,89</i>

ALLEGATO 4. MANTENIMENTO DELLE FUNZIONI COGNITIVE

Numerose ricerche sperimentali ed epidemiologiche forniscono un dato di certezza sul fatto che vi sia un declino età-relato e fisiologico a carico di un insieme non ristretto di funzioni cognitive quali:

- memoria,
- capacità di apprendimento,
- linguaggio,
- controllo visuo-spaziale,
- capacità attenzionale,
- velocità dei processi ideativi,

e di altre funzioni definite esecutive come il pensiero astratto, la fluidità (potenzialità ad acquisire nuovi concetti) e la capacità di ragionamento. Queste funzioni declinano a velocità differenti e diverse nei vari individui, subendo una forte accelerazione nelle decadi di vita più avanzate. Un minore decadimento delle funzioni cognitive si correla positivamente con la longevità e, soprattutto, col mantenimento dell'autonomia funzionale.

La memoria - soprattutto quella definita lavorativa - è la funzione il cui deterioramento procede più rapidamente dato che inizia fin dalla quarta decade di vita e ha una forte accelerazione nelle età più avanzate. È stato osservato che un elevato livello di intelligenza o di educazione costituiscono fattori protettivi. Questo declino è dovuto a cause biologiche (scarsamente modificabili) ma anche e soprattutto psicologiche e socio-ambientali, nel complesso riconducibili all'induzione di schemi comportamentali che omettono di mantenere costantemente attiva tale funzione. È noto che l'anziano che non esercita una determinata funzione finisce quasi inesorabilmente col perderla. Programmi di *training* e di rieducazione mnemonica hanno già fornito risultati soddisfacenti in varie categorie di soggetti quali ad esempio traumatizzati cranici, psicotici e anche anziani. In altri termini, le capacità mnesiche dell'individuo, al di là di ogni ragionevole dubbio e in stretta analogia con le capacità muscolari, possono essere migliorate con un *training* che sviluppi determinate tecniche individuali ormai affidabili sul piano scientifico in quanto assai simili nelle varie esperienze, e tutte, seppure non sovrapponibili, riconducibili ai medesimi principi teorici ispiratori.

In particolare nell'anziano (soprattutto quello che vive al domicilio), la verifica sperimentale - condotta attraverso esperienze multiple realizzate in contesti linguistici e aree geografiche eterogenee, e riconosciute valide nel lavoro di Verhaeghen del 1992 anche attraverso lo strumento della metanalisi - mostra al di là di ogni ragionevole dubbio che il *memory training* è in grado di migliorare la *performance* mnemonica.

La memoria può essere vista come una sorta di perno attorno al quale ruotano e di cui si giovano le altre abilità appartenenti alla sfera cognitiva. Essa rappresenta quindi di fatto un elemento della massima importanza per la condizione psico-intellettuale dell'individuo, non solo in quanto tale ma anche in considerazione dei legami di condizionamento operativo sulla prestazione intellettuale che la memoria è in grado di indurre: condizionamento negativo quando è deficitaria, positivo quando invece viene migliorata.

Obiettivi

Alla luce delle considerazioni esposte in premessa e in particolare tenuto conto che:

- vi è evidenza scientifica che la memoria dell'anziano sano che vive al domicilio è migliorabile con un *training* opportuno (*memory training*, di seguito abbreviato come MT);
- la memoria rappresenta una funzione chiave all'interno della più complessa sfera delle abilità cognitive;
- nell'ambito territoriale della regione Emilia-Romagna sono già state avviate e realizzate alcune esperienze fortemente positive di MT a Modena, Rimini e Bologna, che ne hanno dimostrato la fattibilità e l'assorbimento estremamente contenuto di risorse;

si ritiene proponibile ed efficace implementare ulteriori esperienze di MT, attivate dai soggetti che hanno compiti di coordinamento locale delle iniziative di tutela della salute della popolazione.

L'efficacia attesa consiste nella previsione di raggiungere una serie di obiettivi progressivi il cui elemento conclusivo (obiettivo di lungo termine) è rappresentato dalla modificazione degli stili di vita della popolazione anziana, in modo che si realizzi in una buona maggioranza di individui uno spostamento dal disimpegno verso l'impegno intellettuale.

Alcuni di tali obiettivi - essenzialmente quelli che riguardano il singolo soggetto - sono sicuri, in quanto dimostrati dalla ricerca gerontologia anche con studi condotti secondo criteri scientificamente rigorosi. È stato infatti dimostrato il miglioramento di:

- *performance* mnemonica, anche se verosimilmente il miglioramento conseguito tende ad essere perso col tempo e va quindi consolidato;
- tono dell'umore alla scale di misurazione della depressione;
- percezione soggettiva dello stato di salute ai *test* di autovalutazione;
- rete relazionale individuale.

Altri obiettivi sono da considerarsi più generali - quindi di maggior peso per la salute globale della popolazione anziana - e in quanto tali sono solo presumibili in via speculativa, visto che non sono disponibili ricerche *ad hoc* che conferiscano certezza all'esito dell'azione intrapresa. Ad essi si giunge attraverso la reiterazione e la generalizzazione delle esperienze di MT secondo una procedura per molti versi analoga a quella attuata con successo per la *fitness* fisica (ginnastica muscolare) secondo un principio di *fitness* intellettuale (ginnastica mentale).

Il miglioramento ottenuto nelle capacità prestazionali mnemoniche ma soprattutto l'attivazione di tale funzione agiscono sul singolo stimolandone tutte le attività di tipo cognitivo e inducendolo a correggere il proprio stile di vita, laddove errato, secondo il principio gerontologicamente preferibile dell'ingaggio continuo - anche in età avanzata - con la sfida della conoscenza e dell'intelletto: come diceva Goya, non si smette mai di imparare.

È una sfida che, se viene raccolta, costituisce uno strumento di primaria importanza per facilitare quello che gli anglosassoni definiscono un invecchiamento di successo. Si genera in questo modo un'azione progressiva: parte dall'individuo e attraverso l'esperienza dei gruppi - visto che si agisce non solo direttamente sui partecipanti ma anche in maniera più allargata, innescando la diffusione contestuale di un messaggio cruciale di prevenzione primaria - arriva alla popolazione. Il risultato finale atteso è quello di correggere, mediante gli strumenti espliciti e impliciti del MT sommariamente descritti, gli stili di vita erronei, riconducendoli alla regola che prevede l'attivazione costante delle proprie capacità cognitive al fine di ridurre, per quanto possibile, il decadimento.

Responsabilità per l'implementazione e la gestione

La decisione di attivare localmente - da intendersi in linea di massima a dimensione distrettuale - i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale 1999-2001 compete alle Conferenze sanitarie cittadine, che agiscono di concerto con la Direzione generale e distrettuale dell'USL attivando i rapporti collaborativi fra enti e istituzioni che ogni specifico progetto richiede. Nel caso della prevenzione del decadimento cognitivo nell'anziano, tale punto di responsabilità viene confermato, ma i riferimenti organizzativi in particolare per il *core* del progetto - cioè l'avvio e la realizzazione del MT - vengono preferibilmente individuati all'interno di una gamma di soggetti piuttosto ampia. Indicativamente si tratta, oltre a tutti i soggetti aventi titolo per sottoscrivere l'accordo di programma ex art. 14 della L.R. 5/1994, di tutti coloro che esprimono a vario titolo e nelle varie forme, realtà operative consolidate in grado di raggiungere la fascia di popolazione anziana e di attivare le risorse necessarie allo scopo.

L'ultima considerazione del capoverso precedente richiama l'aspetto di forte duttilità del progetto, duttilità che consente di attribuire le responsabilità gestionali e di modulare il modello realizzativo in rapporto alla realtà locale, cioè in base alle peculiarità della rete di assistenza e di supporto all'anziano. Oltre ai sottoscrittori dell'accordo di programma, possono infatti essere chiamati all'attivazione e alla gestione pratica dei gruppi di MT anche soggetti e/o organizzazioni quali Centri anziani, Sindacati pensionati, Università per la terza età, associazioni di volontariato e assimilabili.

Disegno del piano

La messa in opera del piano si sviluppa attraverso due fasi.

1. La prima consiste nel presentare e descrivere l'iniziativa alla popolazione *target* (anziani sani non istituzionalizzati e autonomi nelle attività della vita quotidiana) nell'ambito territoriale prescelto. Per raggiungere i destinatari si può ricorrere ai mezzi usuali che ogni realtà utilizza per divulgare gli eventi rivolti agli anziani di quel territorio. In linea di massima si procede con un'assemblea-dibattito opportunamente pubblicizzata, durante la quale si illustrano gli scopi della iniziativa (è un passaggio fondamentale in quanto costituisce un momento di prima sensibilizzazione agli stili di vita preferibili) e le modalità attraverso le quali il MT viene realizzato.

Una volta acquisite le informazioni, i soggetti possono candidarsi per partecipare al MT. Fra coloro che si sono proposti, per mezzo di una breve valutazione-*test* preliminare in cui è compresa anche la quantificazione semplificata delle funzionalità potenzialmente modificabili dall'intervento, vengono individuati coloro che sono eligibili. Sulla base del numero di individui così reclutati viene definito il programma preciso dei corsi, stabilendo quanti se ne possano attivare e il relativo calendario, la cui articolazione può variare a seconda delle circostanze.

2. La seconda fase prevede l'attivazione di uno o più gruppi in contemporanea o in successione. Si tratta di gruppi di 10-12 persone ciascuno, per i quali indicativamente vengono programmate una o meglio due sedute settimanali per un periodo di almeno sei settimane. L'azione di miglioramento si esplica essenzialmente attraverso:
 - acquisizione di tecniche specifiche di facilitazione mnemonica,
 - apprendimento delle componenti relazionali interne al gruppo,
 - ampliamento delle relazioni sociali pre-esistenti.

La conduzione dei gruppi è affidata a un soggetto che opera secondo le regole suggerite da manuali pratici e l'applicazione delle quali non richiede alcun diploma professionale particolare. Si presuppone semplicemente un breve *training* addestrativo - che può avvenire a cascata con trasmissione della relativa competenza da un soggetto all'altro -, attraverso lo studio del manuale operativo e la partecipazione ad alcune sedute di orientamento pratico. Sono previste esperienze con medici, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, infermieri professionali. Il costo dei conduttori, concretamente monetizzato o scaturente dall'impiego di un professionista afferente a qualche struttura all'interno del proprio debito orario, costituisce la voce di spesa più importante dell'intero progetto; tale voce resta unica se si escludono l'uso dei locali necessari e la divulgazione dell'informazione propedeutica. In analogia ai vari programmi di ginnastica per persone anziane, è possibile prevedere un contributo economico di entità contenuta.

Valutazione dei risultati ottenuti

La valutazione dei risultati ottenuti è relativamente facile rispetto ai singoli individui, ma diventa più problematica per la verifica generale dell'avvenuto cambiamento degli stili di vita nella popolazione anziana.

I soggetti che fruiscono del MT, così come avvenuto in un'ampia maggioranza di esperienze già realizzate, possono essere sottoposti prima e dopo il ciclo a una valutazione delle capacità prestazionali mnemoniche e di altri parametri passibili di miglioramento. Rientrano in quest'ultima categoria parametri quali:

- la misurazione del tono dell'umore,
- la quantificazione del benessere globale *self-rated*,
- l'analisi della quantità e della qualità della rete relazionale individuale.

Ancorché consigliabile, la verifica dei risultati ottenuti sui singoli costituisce un onere aggiuntivo anche se contenuto, e in linea di massima appare non indispensabile stante l'ampia documentazione fruibile dalla letteratura scientifica.

Assai più complessa e onerosa è invece l'ipotesi di cercare e misurare i risultati ottenibili su ampia scala, vale a dire l'esito prodotto sul piano della correzione degli stili di vita nella popolazione anziana a favore di un maggiore utilizzo di tutte le funzioni che appartengono alla sfera cognitiva. La complessità dell'impresa è dovuta sia alla carenza di indicazioni specifiche da parte della letteratura scientifica, sia al fatto che si devono analizzare parametri legati ai comportamenti complessivi di una popolazione, cercando oltretutto di misurarne i cambiamenti nell'arco di alcuni anni. È certamente un obiettivo raggiungibile, ma solo attraverso un progetto *ad hoc* e che si avvalga delle competenze necessarie.

ALLEGATO 5. FRAGILITÀ

Razionale

Come conseguenza dell'allungamento della vita media registrato negli ultimi anni anche in Emilia-Romagna, si ha il crescente problema degli anni di vita trascorsi in condizioni di disabilità e dipendenza.

È quindi prioritario realizzare un salto di qualità, attivando quei processi che favoriscono l'espansione della vita attiva comprimendo invece la fase finale della disabilità.

La perdita dell'autosufficienza dell'anziano, indipendentemente dalle modalità con cui avviene, riconosce specifici determinanti nei fattori di rischio individuali identificabili attraverso l'approccio geriatrico-olistico. Questo approccio tiene conto dei domini biologico, psicologico, sociale e funzionale dell'anziano e individua quattro possibili macro aree di disfunzionalità:

- cognitiva,
- affettiva,
- motoria,
- metabolico-nutrizionale.

La prevenzione della non autosufficienza in chiave di prevenzione primaria si può realizzare attraverso l'identificazione precoce della cosiddetta fragilità, cioè della riduzione dell'omeostasi funzionale generale dell'anziano di entità tale da predisporlo ad eventi avversi e alla disabilità.

Questo approccio alla disabilità geriatrica secondo la dimensione preventiva è in sintonia con l'impostazione del PSR, è concretamente attuabile nel contesto organizzativo socio-sanitario regionale, e presenta, rispetto ai momenti riabilitativo e assistenziale della disabilità, riconosciuti vantaggi in termini costi/benefici.

Obiettivi

- Prevenzione della non autosufficienza attraverso l'individuazione tempestiva della fragilità.
- Diminuzione del numero di anziani con non autosufficienza non compensabile.

Definizione di fragilità

Ridotta omeostasi funzionale personale predisponente alla disabilità.

Strategia

Collaborazione interprofessionale tra medico di famiglia, specialista geriatra, assistente sociale e UGV.

Metodologia

Screening della popolazione che compie 75 anni.

Chi esegue lo *screening*: il medico di medicina generale convoca per un controllo gli assistiti eligibili in base al criterio anagrafico.

Strumenti per lo *screening*: - valutazione clinica tradizionale;
- utilizzazione di scale di valutazione (vedi *Appendice*).

Negatività dello *screening*: il soggetto esaminato viene convocato per un controllo a distanza di 12 o 24 mesi.

Positività dello *screening*: - sul versante socio-ambientale (fragilità sociale): il medico di medicina generale chiede l'intervento dell'assistente sociale;
- sul versante biologico-funzionale (fragilità biologico-funzionale): il medico di medicina generale deve sempre prendere in considerazione l'opportunità di una consulenza specialistica geriatrica con una valutazione multidimensionale e funzionale di II livello al fine di individuare il piano di intervento;
- su entrambi i versanti (fragilità sociale e funzionale): il medico di medicina generale, in rapporto al grado di fragilità riscontrato, può segnalare il caso all'UGV per la valutazione e il *management*.

Risultato atteso

Tempestiva individuazione delle condizioni di rischio con attuazione del compenso prima dell'instaurarsi di una disabilità irreversibile.

APPENDICE

A. Valutazione socio-ambientale

- Vive da solo o con altro anziano.
- Esistono barriere architettoniche.
- Può contare sull'aiuto di parenti, vicini, amici, altri.

B. Valutazione bio-psico-funzionale

- Valutazione nutrizionale:
variazione ponderale >5% nell'ultimo mese o >10% negli ultimi 6 mesi.
- Valutazione funzionale prestazionale (Reuben modificata):
leggere ed eseguire un ordine complesso,
usare correttamente il telefono,
portare entrambe le mani dietro la nuca,
udire suoni deboli,
raccogliere una moneta da terra,
alzarsi e sedersi da/su una sedia senza l'aiuto degli arti superiori,
mantenere la stazione eretta a occhi chiusi per 5 secondi,
camminare all'indietro (4 passi) a occhi chiusi.
- Valutazione affettiva:
GDS a 5 item (*cut-off* = 2/5).
- In generale è soddisfatto della sua vita.
- Si sente spesso demotivato.
- Si sente spesso solo e abbandonato.
- Preferisce stare in casa piuttosto che uscire e fare qualcosa.
- Si sente poco utile.

ALLEGATO 6. RIDUZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA NELL'ANZIANO FRAGILE A DOMICILIO

Razionale generale e specifico

La caduta rappresenta per l'anziano un evento spia di una condizione di fragilità, e allo stesso tempo costituisce il potenziale innesco di un processo di complicazioni a cascata che può condurre a una disabilità irreversibile o - non infrequentemente nei soggetti più vulnerabili - anche alla morte. Essa produce comunque sofferenza e la frattura ossea che ne può conseguire scatena forti elementi di disagio clinico, funzionale e sociale. È pertanto giustificato considerare le cadute una sorta di potenziale catastrofe sia per l'anziano che vi incorre sia per i piani di assistenza sanitaria e sociale della collettività.

È sufficiente esaminare i dati relativi alla frattura di femore per capire come le cadute siano un importante induttore di oneri assistenziali. Ogni anno il 30% degli ultrasessantenni cade, con punte che toccano e superano il 40% oltre i 75 anni, e il 10-15% di tali cadute produce sequele significative. In una percentuale che varia dallo 0,2 all'1% si determina una frattura di femore. Di converso, oltre il 90% delle fratture di femore è conseguenza di una caduta.

Negli anni recenti si sono registrati sensibili progressi nella cura farmacologica degli stati osteopenici (osteoporosi innanzitutto), il cui trattamento innalza la soglia fratturativa riducendo il numero di fratture rispetto alle cadute; risulta invece limitato - perlomeno in Italia - l'impegno nella prevenzione non farmacologica delle cadute e delle conseguenti fratture. È inoltre acquisito il fatto che la prevenzione farmacologica della osteoporosi post-menopausale riduce significativamente le fratture vertebrali; non altrettanto si può però dire per le fratture di femore che, come noto, coinvolgono maggiormente soggetti in età avanzata e molto avanzata, e costituiscono il tipo di frattura dalle conseguenze più drammatiche per il soggetto e per la collettività. Per queste ragioni le autorità sanitarie di alcuni paesi hanno già promosso studi mirati al fine di disegnare strategie di intervento su scala allargata, utili a ridurre il rischio di caduta nell'anziano.

Programmi dal disegno sperimentale variabile ma essenzialmente incentrati su un doppio binario - da un lato modifica ambientale sui potenziali fattori di rischio presenti (leva dei fattori di rischio esterni), dall'altro *training* per migliorare la capacità del soggetto di mantenersi in equilibrio (leva dei fattori di rischio interni) - hanno prodotto risultati sensibili in termini di riduzione del rischio di caduta.

Si cita per esempio lo studio prospettico norvegese *Harstad Injury Prevention Study*: si tratta di uno studio su ampia scala (reclutava 22.970 persone nel solo gruppo di intervento), di lunga durata (sviluppato dal 1985 al 1993), e incentrato sulla correzione dei cosiddetti rischi estrinseci, ambientali domestici e esterni, che ha ridotto fra l'altro di quasi il 50% le cadute fra gli uomini che vivevano al domicilio.

La valutazione conclusiva dei FICSIT (*Frailty and Injuries Cooperative Studies of Intervention Techniques*) documenta come le strategie di intervento mirate a migliorare l'equilibrio siano in grado di ridurre anche in questo caso fino al 50% il rischio di caduta. Un ulteriore dato di forte interesse consiste nel fatto che le tecniche adottate hanno un costo relativamente contenuto – gli esercizi della semplice e antica arte del *Thai-chi* si sono rivelati fra i provvedimenti più utili – e sono generalizzabili alla popolazione *target*: è cioè possibile configurare un intervento che può diventare correttivo sugli stili di vita generali della popolazione anziana.

Lo studio SAFE, gli importanti lavori di Tinetti del 1995 (Tinetti *et al.*, 1995a, 1995b) e molti altri hanno consentito di individuare con ragionevole certezza anche i fattori di rischio di caduta e frattura intrinseci al soggetto, oltre a quelli pure intrinseci che, al contrario dei precedenti, rappresentano fattori di tipo protettivo. È quindi possibile selezionare quegli anziani che, collocandosi nella fascia a rischio più elevato, possono trarre il maggior beneficio da un eventuale intervento correttivo. Ciò rende l'intervento più mirato e maggiormente conveniente dal punto di vista del rapporto costi/benefici.

Obiettivi

Considerato che:

- la caduta è per l'anziano fragile un evento temibile dalle dimostrate conseguenze critiche sia per la salute del soggetto sia per i costi sociali derivati, rappresentati emblematicamente dalla frattura di femore;
- nell'ambito territoriale della regione Emilia-Romagna non sono state attivate iniziative per l'abbattimento del tasso di prevalenza delle cadute;
- esiste un'affidabile produzione scientifica che accredita l'ipotesi dell'efficacia di eventuali interventi *ad hoc*;
- il disegno fondamentale di tali interventi appare accessibile, sia rispetto alle risorse verosimilmente richieste sia rispetto alla complessità organizzativa da attivare, e comunque alla portata della grande maggioranza dei Distretti attraverso i quali si articolano le Aziende sanitarie locali;

si ritiene che l'adozione di un piano mirato, in quanto specifico e rivolto a una popolazione di soggetti anziani selezionata, possa determinare tre ordini di effetti positivi.

1. Il primo, dal tratto assai generale, consiste nell'opportunità di attivare leve virtuose per la modifica degli stili di vita, a favore di una maggiore attività motoria in una popolazione ad elevato potenziale di risposta utile in quanto fragile e selezionata.
2. Il secondo - di valore strategico quanto a prevenzione primaria, anche se difficilmente valutabile in termini numerici - è rappresentato dal recupero di una quota di motricità possibile nei soggetti ma da loro non utilizzata, e quindi configura l'individuazione di una possibile disabilità in eccesso, abbattendo la quale migliora il grado di autonomia funzionale.
3. Il terzo - più ambizioso in quanto misurabile - consiste non solo nell'abbattimento del tasso di prevalenza delle cadute tra la popolazione *target*, ma soprattutto nella riduzione delle fratture di femore, la più importante variabile dipendente.

Responsabilità per l'implementazione e la gestione

Come è noto, l'attuazione di quanto stabilito dagli articoli 14, 15, 16 e 17 della L.R. 5/1994 ha consentito di realizzare una rete di sistema che ormai, anche se con le inevitabili differenziazioni locali, copre nella sua interezza tutta la regione. Questa realtà consolidata rappresenta un punto di riferimento obbligato e un'opportunità che anche nella fattispecie di questo progetto è chiamata a svolgere un ruolo di primaria importanza.

Premesso infatti che la decisione sull'opportunità di attivare localmente - da intendersi a dimensione distrettuale - i Piani per la salute di cui al Piano sanitario regionale 1999-2001 è in linea di principio compito della Conferenza sanitaria territoriale di concerto con l'USL, in particolare nella sua fattispecie di Direzione distrettuale, l'accordo di programma e il Servizio assistenza anziani (SAA) distrettuali così come delineati dalla Deliberazione della Giunta regionale 1379/1999, costituiscono strumenti utili e ineludibili per la gestione del percorso qui delineato. Nell'ambito del SAA infatti, sempre beninteso che l'accordo di programma sia unico distrettuale e che rispetti le indicazioni della ricordata Deliberazione della Giunta regionale, operano tutti quei soggetti istituzionali che a qualunque titolo fanno parte della rete assistenziale.

Oltre a ciò, il SAA ha:

- da un lato titolo per coinvolgere altri soggetti, quali gli appartenenti all'area del volontariato,
- dall'altro i riferimenti operativi (collegamento funzionale col Distretto e le UVG) utili per un'eventuale gestione diretta del piano delineato successivamente.

Disegno del piano

La messa in opera del piano per la salute si sviluppa attraverso tre fasi principali.

1. La prima consiste nella messa a punto delle variabili che individuano la popolazione *target* come popolazione a rischio che, proprio per tale ragione, è nella condizione potenziale di trarne il maggior beneficio. La calibratura precisa di dette variabili può cambiare da un'area all'altra, dovendo tenere conto delle specificità locali (le variazioni incidono fra l'altro sull'ampiezza del campione eligibile), ma dovrà comunque considerare le indicazioni generali consolidate nella letteratura scientifica. In particolare i parametri identificatori andrebbero ricercati nella seguente lista:

- età molto avanzata, indicativamente superiore a 80 o 85 anni,
- solitudine,
- frattura recente,
- caduta recente,
- stato di salute *self rated* scarso,
- uso di psicofarmaci,
- scarso rendimento ai *test* di equilibrio (*score* parziale o complessivo),
- scarso rendimento ai *test* di forza (*score* parziale o complessivo),
- *impairment* cognitivo,
- *impairment* visivo,
- *stroke* pregresso,
- ridotto indice di massa corporea,
- dipendenza nelle ADL.

Il criterio dell'eligibilità viene conseguentemente definito dall'assunzione di parte dei parametri indicati, operazione che dovrà tenere conto degli effetti che la scelta produce sia per la tipologia dei soggetti ammessi sia soprattutto per la numerosità del campione. Si tratta di scelte che vengono compiute al meglio su base locale. L'opzione per l'affidamento di questo compito è duplice: al medico di medicina generale oppure all'Unità di valutazione geriatrica. Non vanno comunque pregiudizialmente escluse altre soluzioni.

2. Il secondo passaggio attuativo prevede l'individuazione e l'addestramento di terapisti della riabilitazione, il cui compito sarà quello di eseguire un intervento iniziale al domicilio mirato a:
 - individuazione e abbattimento dei fattori ambientali di rischio per le cadute,
 - valutazione della *compliance* prevedibile,
 - istruzione del soggetto ad eseguire - inizialmente guidato poi da solo e autonomamente - gli esercizi utili.

Si prevede che questi risultati possano essere conseguiti con al massimo tre accessi.

3. Nella fase successiva, per un periodo non inferiore ai sei mesi, compito del terapeuta sarà quello di controllare telefonicamente che il soggetto abbia eseguito gli esercizi che gli sono stati insegnati. Il terapeuta provvederà poi a controllare ogni settimana per via telefonica che la persona esegua costantemente il *training* per il quale è stato istruito.

Il numero di terapisti necessari varia naturalmente in rapporto alla vastità del campione che si vuole raggiungere. Orientativamente si deve tenere presente che ogni soggetto reclutato impegna in linea di massima un tempo corrispondente a tre accessi domiciliari (uno per la valutazione e due per le istruzioni operative) e un controllo telefonico settimanale per un periodo che può variare, ma che dovrebbe aggirarsi intorno a un mese.

Al termine del percorso così delineato si prevede che quanto appreso dal soggetto - sia in termini di sensibilizzazione al problema sia soprattutto relativamente ai comportamenti acquisiti - si stabilizzi, diventando una costante a valore preventivo primario sul piano degli stili di vita. È dimostrato che il beneficio si mantiene almeno fino a due anni dopo l'intervento.

Valutazione dei risultati ottenuti

La valutazione dei risultati ottenuti può avvenire mediante l'analisi dei parametri del campione isolato o confrontato con un gruppo di controllo. In questo caso si tratterebbe in particolare di misurare variabili quali numero di cadute, incidenza di fratture anche per tipologie, o eventi traumatici significativi per la salute del soggetto.

In alternativa si possono condurre analisi sui dati di prevalenza - limitatamente all'ambito distrettuale su cui si è agito - di eventi quali cadute, fratture, traumi, all'interno della fascia di popolazione oggetto dell'intervento, ricavabili dalla scheda di dimissione ospedaliera o di accesso ai Pronto Soccorso.

**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

Collana "DOSSIER"

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

(*) volumi disponibili presso il CDS

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994. (*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998.
(*)

38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
53. *Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
54. *La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)

Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna, Correggio*, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989. (*)

23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989, Langhirano, 1990. (*)*
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico, Bologna, 1990.*
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti, Modena, 1990.*
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori, Forlì, 1991. (*)*
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione, Correggio, 1992. (*)*
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione, Bologna, 1992.*
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni, Modena, 1992.*
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna, Ferrara, 1993.*
31. *Salute e sicurezza nella scuola, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
33. *Il dipartimento di prevenzione, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993.*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994.*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994.*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994.*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997. (*)*

