

SENZA WELFARE?

Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

Il ruolo del welfare locale nell'integrazione con i servizi sanitari.

Anziani, accesso al day hospital e terzo settore

(versione provvisoria)

Annabella Corcione (*)

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010
Sessione: nr. 3A: La riconfigurazione delle politiche sociali a livello locale e il ruolo del terzo settore

(*) Istituto di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali - CNR
Via Vittorio Emanuele, 9/11
84080 Penta di Fisciano (SA)
a.corcione@irpps.cnr.it

1. *Introduzione*

L'esigenza del contenimento delle spese sanitarie ha determinato nel settore ospedaliero l'introduzione di una serie di importanti trasformazioni, tra cui il taglio dei posti letto e la chiusura dei piccoli ospedali, l'introduzione del pagamento a prestazione basato sui DRG (Diagnosis Related Group) in luogo del pagamento delle prestazioni ospedaliere basato sul pagamento per giornata di degenza con la conseguente contrazione delle giornate di degenza per ricovero, il blocco del turnover del personale, l'introduzione del day hospital, etc.

Questi cambiamenti, insieme al contenimento dei costi e ad una maggiore efficienza, hanno però generato una serie di effetti perversi, come dimissioni precoci di pazienti non stabilizzati, difficoltà da parte di persone non autosufficienti ad accedere ed orientarsi nei servizi nel caso di day hospital con accessi multipli, difficoltà di accedere alla riabilitazione da parte di persone non autosufficienti in mancanza di strutture residenziali di riabilitazione, etc. Quindi, l'ospedale si è liberato dei costi della presa in carico completa del paziente trasformando alcuni bisogni sanitari in bisogni sociali di assistenza, e scaricandoli su altre agenzie, quali la famiglia in primo luogo e i servizi sociali. Questa problematica è destinata a diventare sempre più grave in considerazione di alcuni fattori: da un lato, l'aumento della quota di anziani e quindi anche della cronicità, della disabilità e della non autosufficienza, e l'aumento dell'età media dei caregivers; dall'altro lato, soprattutto nelle regioni meridionali, l'insufficiente implementazione dei servizi territoriali sia sanitari che sociali.

La nostra ricerca, in fase di avvio, intende valutare se e in che modo le politiche e i servizi di assistenza a livello locale siano state riconfigurate in modo tale da soddisfare, in tutto o in parte, i nuovi bisogni sociali scaturiti dalla rimodulazione e contrazione dell'assistenza ospedaliera o se piuttosto, in assenza di tali politiche, il costo degli aspetti sociali ricada solo sulla famiglia. L'ipotesi più estrema contempla la possibilità che si possano verificare forme di razionamento implicito delle prestazioni "per dissuasione o deterrenza", vale a dire che i soggetti in condizione di fragilità sociale, in mancanza di una rete di supporto sociale adeguata, rimandino o addirittura rinuncino a quelle cure, con la negazione quindi dei diritti di cittadinanza.

In questa sede si darà conto dei risultati dell'indagine preliminare relativa ad uno specifico segmento della ricerca complessiva. In tale fase esplorativa abbiamo analizzato l'impatto della modalità assistenziale ospedaliera "day hospital/day surgery" su un campione di soggetti anziani in (potenziale) condizione di fragilità sociale, fruitori di prestazioni sanitarie presso un'Azienda Ospedaliera campana, nonché su coloro che in via ordinaria si prendono cura di tali soggetti, e dell'eventuale attivazione di forme di supporto da parte del terzo settore.

Il paper inizia con un inquadramento delle principali problematiche sanitarie e assistenziali degli anziani, per poi passare alla illustrazione dei fattori che hanno spinto ad una più diffusa applicazione del day hospital. Infine, vengono presentati alcuni spunti tratti dall'indagine esplorativa su anziani e ospedale, e alcune riflessioni sul contributo del terzo settore.

2. Un quadro generale sulle problematiche dell'invecchiamento della popolazione

Secondo l'indagine multiscopo Istat "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" condotta nel 2005 su un campione di 60.000 famiglie, il 61,3% delle persone a partire da 14 anni ha dichiarato di stare bene o molto bene, a fronte del 6,7% che ha dichiarato di stare male o molto male. La percezione di uno stato di salute peggiore aumenta al crescere dell'età. Il dato medio viene superato già nella classe d'età tra i 55 e i 64 anni: tra costoro il 7,4% dichiara di stare male o molto male. La percentuale sale al 12,1 % nella classe d'età 65-69, al 16,6 tra le persone di 70-74 anni, al 23,0 % nella classe 75-79, fino a raggiungere il 31,7% tra le persone con 80 e più anni. A partire dai 45 anni, le donne presentano condizioni di salute peggiore di quelle degli uomini, ma lo svantaggio di genere diventa più marcato al crescere dell'età. Tra gli anziani le malattie croniche più diffuse sono l'artrosi/artrite (ne soffre il 56,4degli anziani), l'ipertensione arteriosa (40,5), l'osteoporosi (18,8%), il diabete (14,5%), l'infarto del miocardio (6,3%). Rispetto all'analogia indagine Istat del 2000, si osserva un incremento di queste malattie croniche tra gli anziani.

Le persone con almeno una malattia cronica grave sono il 13,1% della popolazione e il 42,2% degli anziani, mentre le persone con tre o più malattie croniche sono il 13,8% della popolazione che diventano il 42% degli anziani.

La popolazione del Sud e delle isole presenta una percentuale del 14,3% di persone con una malattia cronica grave, contro il 12,5% del Nord. L'incremento nazionale di quasi 2 punti percentuali di persone con una malattia cronica grave è da attribuire quasi completamente agli abitanti del Sud e delle Isole.

La quota di popolazione in condizione di disabilità¹ (con esclusione delle persone istituzionalizzate e dei minori di 6 anni) viene stimata in oltre 2 milioni e 600 mila persone, di cui 2 milioni anziani. Dunque, al 2005, il 4,8% delle persone con più di 6 anni risulta disabile, a conferma di un dato quasi uguale per gli anni 1999-2000. Utilizzando però il tasso di disabilità standardizzato per età, si

¹ Secondo la definizione dell'Istat, una persona può essere definita disabile se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione (vista, udito e parola).

scopre che esso è in flessione rispetto al 2000 (4,8% contro 5,7%), anche tra la popolazione anziana (18,8% contro 31,7%). Questa flessione si osserva anche in altri paesi europei.

Le donne presentano un tasso di disabilità del 6,1%, significativamente più alto di quello degli uomini (3,3%), e tale svantaggio di genere si presenta per tutte le classi di età.

La quota di persone con disabilità aumenta al crescere dell'età: sale al 9,7% tra le persone tra i 70 e 74 anni, fino ad arrivare al 44,5% tra le persone con 80 e più anni.

La presenza di disabilità è fortemente associata a patologie cronico-degenerative: tra le persone disabili, il 59,4% è affetto da malattie croniche gravi, il 62,2% è multicronico. Tale associazione è maggiore per le persone anziane.

Analizziamo ora nel dettaglio le varie forme di disabilità (secondo la definizione Istat in nota 1):

- confinamento (essere costretti a letto, su una sedia o a rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico e mentale): le persone costrette nella propria abitazione risultano essere 130.000, vale a dire il 2,1% delle persone con più di 6 anni. Tra le persone anziane il confinamento è più diffuso, con una percentuale dell'8,7% (10,9% per le donne e 5,6% per gli uomini).
- limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane (cura personale, mangiare da solo): presentano questo tipo di disabilità 1.670.000 persone pari al 3,1% della popolazione con più di 6 anni. La percentuale sale al 12,4 tra le persone con più di 65 anni, fino ad interessare più della metà delle persone che superano gli 80 anni.
- limitazioni motorie (camminare, salire le scale): interessano 1.240.000 persone con più di 6 anni, pari al 2,3% della popolazione. Nella fascia d'età 75-79 la percentuale arriva al 9,2%, nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,1%
- difficoltà nella sfera della comunicazione (incapacità di vedere, parlare, sentire): interessano l'1,1% della popolazione generale, più di 500.000 persone, e il 3,9 % delle persone anziane.

Le persone che presentano più tipi di disabilità sono più della metà delle persone disabili. Le persone disabili che presentano insieme disabilità motorie e nello svolgimento delle attività quotidiane rappresentano il 28% dei disabili (731.000).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, dall'indagine si evince che, come per le malattie croniche gravi, anche la disabilità è più diffusa nelle Isole (5,7%) e al Sud (5,2%), mentre al Nord è del 4%, nonostante tassi di invecchiamento superiori. In più, se si utilizzano tassi standardizzati per età, lo scarto appare ancora più netto, arrivando al 6,2% per nelle Isole e al 5,8% al Sud. Le differenze territoriali sono ancora più evidenti se si considera la popolazione anziana. Tra gli uomini anziani delle Isole e del Sud la percentuale di disabili è rispettivamente del 17,9% e 15,4% a

fronte di meno del 12% al Nord. Le differenze sono più marcate se si considera la popolazione anziana femminile (che raggiunge il 30% di disabilità nelle Isole) del 26,5% al Sud contro una percentuale del 19,5% del Nord. Come avvertono gli autori dell'indagine, il dato sulla maggiore presenza di disabili al Sud può essere spiegato con il fatto che la rilevazione interessa le famiglie ed esclude i soggetti istituzionalizzati in strutture residenziali. Ciò riflette da un lato, nelle aree meridionali del paese, la maggiore propensione delle famiglie ad accogliere presso la propria abitazione l'anziano non autosufficiente, o comunque a prestargli assistenza nella propria abitazione, ma anche la carenza di strutture di accoglienza socio-assistenziali, i cui posti letto al Sud sono 3,1 per mille abitanti, contro l'87,2 per mille del Nord. In ogni caso il dato segnala un forte carico assistenziale che grava quasi unicamente sulle famiglie.

La quota di famiglie con almeno un componente disabile è pari al 10,3%. Tra le famiglie con disabili, una quota significativa del 35,4% è composta da una persona sola disabile, mentre nel 6,4% dei casi tutti i componenti sono disabili.

Passando ad analizzare l'assistenza domiciliare ricevuta vediamo che solo il 15,7% delle famiglie con disabili ha ricevuto assistenza sanitaria domiciliare pubblica, il 10,2% ha ricevuto assistenza domiciliare non sanitaria pubblica, il 12,5% si è avvalso invece di assistenza privata a pagamento. Le famiglie con disabili che non ne usufruiscono ma che dichiarano di aver bisogno di assistenza sanitaria a domicilio assommano dunque a più del 70% , mentre la quota di famiglie che dichiarano di non poter contare sull'aiuto di familiari non conviventi neppure in caso di estremo bisogno sono il 9,1% del totale.

Si nota una certa variabilità territoriale sia nella presenza di disabilità che nei servizi attivati. Al Sud e nelle Isole la percentuale di famiglie con almeno un componente disabile è rispettivamente del 12,2% e 13,2%, contro l'8,7% del Nord e il 10,4% dell'Italia centrale.

Anche l'assistenza domiciliare ai disabili, pur se contenuta ed insufficiente nel complesso, presenta una significativa differenziazione per aree geografiche. A fronte di un dato medio nazionale di fruizione di un servizio di assistenza pubblica sanitaria o sociale del 20,9%, la situazione territoriale è di seguito descritta: regioni nord-occidentali 21,5%, nord-orientali 23,8%, Italia centrale 24,3%, Sud 16,8%, Isole 19,2%. Di conseguenza al Sud e nelle Isole è maggiore la quota di famiglie con bisogni insoddisfatti di assistenza a domicilio: rispettivamente il 41,2% e il 36,5% del totale.

Dall'analisi delle condizioni di salute in rapporto al titolo di studio (utilizzato come indicatore di status) si evince inoltre che le persone con titolo di studio più basso presentano peggiori livelli di salute percepita, maggiore morbosità cronica e maggiori tassi di disabilità, a conferma del cosiddetto gradiente sociale della salute, come evidenziato da studi precedenti (Costa, Spadea, Cardano, 2004).

3. *Appropriatezza nell'uso dell'ospedale e day hospital*

Nell'ambito del processo di razionalizzazione mirante alla promozione dell'efficienza e dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale, per ben comprendere l'importanza che negli ultimi 10 anni è stata assegnata alle forme alternative alla degenza ordinaria, è opportuno ricordare brevemente la cornice, normativa e strategica, entro cui tali forme si collocano, a partire dall'introduzione dei LEA.

I LEA sono i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, a tutti i cittadini a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa (DPCM del 29/11/2001).

Con il provvedimenti sui Lea si definiscono:

- le prestazioni ed i servizi che sono escluse dai LEA in quanto “non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale”
- le prestazioni che sono da intendersi parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, ed “erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche in quanto non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia non e' dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili ovvero la loro utilizzazione e' rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate”;
- le prestazioni incluse nei LEA per le quali occorre però individuare “modalità piu' appropriate di erogazione in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze”, oppure “non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza”. Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso *setting* assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

Nel decreto viene riportato un elenco di prestazioni "ad alto rischio di inappropriata" se erogate in regime di degenza ordinaria, e tale elenco sarà più volte aggiornato. Alle Regioni è assegnato il compito di disciplinare i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni, che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione. Il decreto definisce le prestazioni incluse nei LEA nei vari segmenti di offerta, come la prevenzione collettiva, l'assistenza distrettuale, l'assistenza ospedaliera. A proposito del livello dell'assistenza ospedaliera, che in questa sede ci interessa approfondire, vale la pena sottolineare che l'Accordo

Stato Regioni sui Lea del 22/11/01 ribadisce che è necessario realizzare concretamente il collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali se si vuole che l'ospedale realizzi pienamente la sua missione di organizzazione ad alto livello tecnologico deputata a fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità, e a liberarsi di bisogni sanitari di minore intensità e di bisogni socio-assistenziali. Viene richiesto inoltre che la programmazione regionale proceda, nell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei LEA, alle opportune specificazioni delle condizioni di erogabilità, con particolare attenzione alla *tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale*.

Successivamente sono stati ridefiniti e meglio precisati i criteri di appropriatezza che consentono di riferire le cure al corretto livello assistenziale – ricovero ordinario o day hospital² (Ministero della Salute 2007). In breve, il ricovero ordinario con permanenza continuativa all'interno della struttura in una stanza di degenza, con l'attribuzione di un posto letto attrezzato, è indicato nel caso di ricovero per acuti che presentando patologie di varia gravità necessitano di inquadramento diagnostico, o terapie o controlli clinici e strumentali, necessitano di assistenza medico infermieristica prolungata e immediata accessibilità alle prestazioni.

La degenza in day hospital è invece un ricovero senza pernottamento, limitato ad una sola parte della giornata, articolato in uno o più accessi, diretta ad affrontare patologie che richiedono inquadramento diagnostico, o terapie o controlli con assistenza medico infermieristica prolungata e non sono eseguibili in ambulatorio. Nel day hospital vengono erogate prestazioni che coinvolgono più discipline, Pur senza pernottare, il paziente ha comunque diritto ad essere ospitato in una stanza di degenza, con l'attribuzione di un posto letto attrezzato, e ad usufruire delle prestazioni alberghiere. All'interno del regime di day hospital sono racchiuse diverse tipologie di ricovero: diagnostici, chirurgici, terapeutici, riabilitativi. Il day hospital di tipo chirurgico - day surgery³ - è finalizzato alla esecuzione di un intervento chirurgico o di procedure invasive, ed alle prestazioni preparatorie e successive ad esso che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e *condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori*, sono eseguibili in sicurezza senza la necessità di una osservazione post-operatoria molto prolungata e di osservazione notturna. Il riferimento, sia pur generico, agli aspetti socio-familiari del paziente dei quali il medico deve tener conto nella sua autonoma scelta di indirizzare il paziente verso il ricovero

² Ricordiamo che il ricovero diurno è presente nella normativa sanitaria italiana già dal 1985, ma comincerà a diffondersi effettivamente dagli anni '90, contestualmente all'applicazione della seconda riforma sanitaria del 1992 e all'applicazione dei DRG.

³ Una ulteriore modalità assistenziale ospedaliera, intermedia tra il ricovero ordinario e il day surgery, è rappresentato dal "Week surgery", ossia di un ricovero ospedaliero breve per interventi chirurgici più complessi, che inizia il lunedì o il martedì, e si conclude entro il venerdì sera alle 20.00, liberando quindi gli infermieri fino al lunedì mattina.

ordinario o in day hospital era già stato contemplato nelle “Linee guida per l’organizzazione delle attività di Day Surgery” (Conferenza Stato Regioni 1/8/2002), che stabiliscono, inoltre, che gli erogatori di prestazioni in day hospital devono fissare in modo esplicito i criteri di ammissione e di esclusione dei pazienti, di natura sia clinica che socio-familiare.

Tali criteri di selezione sono stati variamente definiti da alcune regioni o da singole aziende ospedaliere che hanno adottato specifiche linee guida.

Ad esempio, tra i criteri di esclusione clinici, oltre ad alcune specifiche patologie (come diabete insulino-dipendente, infarto precedente, etc.) in alcune linee guida troviamo il criterio dell’età, che esclude dalla day surgery le persone con meno di 12 e più di 75 anni, come pure le persone con un peso superiore a 100 Kg se uomini e 80 Kg se donne (Canonico 2007). Generalmente però, l’età avanzata da sola, non costituisce una condizione di esclusione.

Tra i *criteri di esclusione logistici* invece troviamo:

- distanza della residenza superiore a 100 Km e/o superiore ad 1 ora d’auto;
- mancata possibilità di utilizzo di auto privata;
- assenza di telefono in casa
- mancata disponibilità di un “accompagnatore/tutore” che controfirmi il consenso informato;
- mancata capacità del paziente e del tutore di assolvere alle prescrizioni.

Altrove, tra i criteri socio-familiari di selezione alle procedure di day hospital troviamo (AA. VV. 2009; Azienda Usl Roma H, 2009):

- disponibilità di telefono;
- distanza, dal domicilio all’ospedale, non superiore ad 1 ora di macchina;
- convivenza con familiari in grado di prestare assistenza e di contattare il servizio in caso di necessità,
- disposizione confortevole dell’abitazione e presenza di ascensore, se ai piani alti;
- disponibilità di mezzo privato confortevole, per il trasferimento dall’ospedale al domicilio;
- possibilità di essere accompagnati, nel ritorno a casa, dopo l’intervento.

Come è stato posto in rilievo in uno studio sulle diverse modalità di implementazione di questi servizi “l’analisi dei modelli organizzativi evidenzia (...) che non tutte le strutture che erogano prestazioni codificate come day surgery offrono un pacchetto di prestazioni. Il più delle volte viene offerta una prestazione singola (intervento chirurgico e dimissione effettuata nello stesso giorno) senza garantire alcuni aspetti fondamentali del percorso, quali: definizione e adozione di procedure clinico-organizzative per le varie fasi del processo assistenziale, compresa l’esplicitazione dei criteri

di selezione; garanzia del diritto all'informazione; rapporto con i medici di medicina generale; garanzia della continuità assistenziale. I suddetti punti sono indispensabili per garantire la qualità del processo e la sicurezza del paziente in un percorso che, per quanto sia concentrato nel tempo, si realizza in momenti diversi"(ASSR, 2005). Quindi possiamo dire che l'appropriatezza del regime di ricovero risponde a criteri clinici, organizzativi ed economici da parte della struttura di offerta (Rozzini, Bianchetti, 2005), ma scarsa considerazione viene riservata alla declinazione dell'appropriatezza dal punto di vista dei bisogni sociali del paziente.

Questa necessità è ben evidente ai responsabili della programmazione sanitaria. Infatti, nell'ultima "Relazione sulla Situazione Sanitaria del Paese" (2007), al capitolo dedicato alle "*Problematiche emergenti e prospettive*", si legge che "lo sviluppo del day hospital e della day surgery e l'estensione delle varie forme di dimissioni protette saranno fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati in ricovero ospedaliero brevissimo o breve, i quali, per particolari esigenze assistenziali, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (...). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale non potrà che incrementare l'appropriatezza del regime di ricovero" (p. 638).

4. L'indagine esplorativa su anziani e day hospital

Allo scopo di analizzare e verificare a livello locale le modalità di applicazione dei criteri di selezione dei pazienti da ammettere alle prestazioni di ricovero senza pernottamento, abbiamo realizzato 25 interviste semi-strutturate a pazienti con più di 65 anni che hanno usufruito di prestazioni di day hospital/day surgery presso l'Azienda Ospedaliera di Avellino. Precisiamo che le persone sono state intervistate all'esterno dell'ospedale dato che la Direzione sanitaria non ha concesso in tempo utile l'autorizzazione alle interviste nei reparti. Se ciò ha comportato una maggiore difficoltà nella selezione dei pazienti, e quindi tempi maggiori per la realizzazione delle interviste, il fatto di incontrare i pazienti all'esterno dell'ospedale ha però permesso una situazione di maggiore tutela dell'anonimato e una maggiore libertà di espressione e di giudizio che probabilmente sarebbero stati soggetti a condizionamenti se la rilevazione fosse avvenuta all'interno dei reparti.

Le domande poste ai soggetti hanno riguardato:

- dati socio-anagrafici: età, stato di salute generale ed eventuali disabilità, luogo di residenza e distanza dall'ospedale. Non è stata posta esplicitamente la domanda circa la motivazione del

ricovero, ma è stata rilevata solo se le informazioni relative venivano fornite spontaneamente dal soggetto

- mezzo di trasporto utilizzato per raggiungere l'ospedale (trasporti pubblici o privati), presenza di un accompagnatore “per compagnia” o “per necessità”. In presenza di un accompagnatore “per necessità”, sono state poste domande sulla relazione tra paziente ed accompagnatore (parente, amico, servizi sociali, volontario, o altro). Nel caso di pazienti con bisogno di accompagnamento, sono state inoltre approfondite le problematiche sia da parte del paziente che dell'accompagnatore.
- lati positivi e negativi relativi agli aspetti organizzativi e logistici del ricovero in day hospital/surgery e confronto con il ricovero in degenza ordinaria
- a tutti gli intervistati è stato chiesto se fosse stata loro data la facoltà di poter scegliere (all'atto della prima visita o al momento dell'apertura della cartella clinica in day hospital/day surgery) il ricovero in degenza ordinaria. (consigliabile a pazienti con stato di salute più compromesso o presenza di disabilità, ad esempio visive o motorie, o con difficoltà di assistenza e accompagnamento);
- se hanno mai usufruito di servizi sociosanitari e se sono a conoscenza dei servizi attivati nel proprio comune per le necessità assistenziali degli anziani.

Delle 25 persone anziane intervistate, 21 si sono dichiarate sostanzialmente soddisfatte della modalità assistenziale day hospital (16 casi per “accertamenti medici”) e day surgery (5 casi per effettuare “piccoli interventi chirurgici”). Si tratta di persone tra i 65 e i 73 anni (12 donne e 9 uomini), con patologie croniche (tipo diabete o cardiovascolari) che comportano assunzione quotidiana di farmaci e controlli periodici, ma che non comportano disabilità o compromissioni significative delle attività. In maggioranza, risiedono in città (12 casi), con tempi di percorrenza per raggiungere l'ospedale in auto tra i 10 e i 20 minuti. Dei restanti 9 casi, 6 provenivano dalla provincia di Avellino e 3 dalla provincia di Napoli, con tempi di percorrenza in auto tra i 20 e i 60 minuti. Tra queste persone alcune hanno fatto commenti critici circa le lunghe liste di attesa per la prima visita, l'attesa in reparto o in ambulatorio per effettuare le varie indagini, il fatto che i vari accessi in day hospital non fossero concentrati in un numero minore di giorni. Tutto sommato però questo gruppo di utenti si è detto ben contento di poter effettuare le visite del caso e poi tornare a casa alle proprie occupazioni ed affetti, senza essere costretti a una convivenza forzata in una stanza di ospedale. Nella stragrande maggioranza, queste persone si sono recate in ospedale con mezzo proprio, accompagnati dal coniuge o da un parente stretto, la cui presenza rimandava a motivazioni miste, tra il supporto materiale (guidare l'auto, capire bene le indicazioni terapeutiche e in generale

le informazioni date dal personale) e quello psicologico-affettivo. Tutto sommato, quindi, per questo gruppo di utenti, l'esperienza del ricovero diurno si è rivelata positiva.

Più articolata e problematica si presenta invece la situazione per il restante gruppo di 4 utenti anziani, tra i 74 e gli 87 anni. Per meglio comprendere le difficoltà ed il vissuto di questi soggetti, è sembrato opportuno riportare sinteticamente i dati salienti delle 4 interviste.

1. La signora G. A, 74 anni, vedova, affetta da ipertensione e obesità, è reduce da una visita di controllo per la protesi all'anca, intervento effettuato in regime di degenza ordinaria 3 mesi prima, mentre però tutte le indagini preoperatorie sono state effettuate in regime di day hospital, per un numero totale di 7 accessi nel giro di 2 settimane. La signora riferisce di aver rimandato l'intervento sia per paura sia perché la sua unica figlia aveva avuto altri problemi in famiglia e non poteva assisterla. Si è decisa ad operarsi solo quando il dolore è diventato insopportabile e non poteva quasi più camminare. Proprio a causa delle sue difficoltà motorie e del dolore, riferisce di avere avuto problemi a portare a termine il ciclo di accessi per le indagini preoperatorie. Le difficoltà personali da lei citate sono: salire e scendere dall'auto; camminare per raggiungere i vari reparti in cui svolgere gli esami clinici; stare seduta per lungo tempo su sedie scomode; doversi trattenere in ospedale per parecchie ore, a volte anche tutta la giornata dato che le indagini da effettuare erano prenotate tra mattina e pomeriggio. Inoltre, nelle giornate di accesso ospedaliero ha dovuto sospendere l'assunzione dei farmaci diuretici per l'ipertensione, in quanto la loro assunzione avrebbe provocato fastidiose e spiacevoli "urgenze". All'atto dell'apertura della cartella clinica, non le è stato chiesto se avesse problemi clinici o di altro tipo che le pregiudicassero l'accesso alle prestazioni. La signora è sempre stata accompagnata dalla figlia, dipendente comunale, che si è dovuta quindi per questo assentare dal lavoro (in parte usufruendo delle ferie in parte "mettendosi in malattia"), oltre che trascurare la famiglia (marito e 2 figli). Ed è sempre la figlia che l'ha accudita nella fase di convalescenza a letto successiva all'intervento, dato che la signora con la sola pensione non poteva permettersi una badante. Non è a conoscenza di servizi domiciliari sociali o infermieristici erogati da servizi sociali o dall'Asl. All'uscita dall'ospedale dopo l'intervento all'anca, ha dovuto chiamare un'ambulanza privata per il trasporto a casa. L'unica prestazione di cui ha beneficiato è stata quella della fisioterapia domiciliare. Per le medicazioni quotidiane della ferita si è avvalsa di una infermiera privata a pagamento. Avrebbe sicuramente preferito "avere un ricovero normale, come quell'amica anziana che si è rotta il femore", sia per le difficoltà personali incontrate, sia per il sovraccarico di assistenza che è gravato, a cascata, sui familiari.

2. Il signor C. A., 87 anni, affetto da poliartriosi e diabete, con difficoltà visive e motorie, è al suo quarto controllo successivo ad un intervento per l'asportazione di una "cisti" sul collo, effettuato in regime di day surgery, dopo 4 accessi in day hospital per effettuare le consuete indagini preoperatorie. L'anziano racconta che è stato faticoso tornare tante volte in ospedale, perché ha dolori alle gambe e talvolta inciampa, e abita al terzo piano di un palazzo senza ascensore. Al primo accesso, si è appoggiato ad una porta scorrevole nell'atrio dell'ospedale ed è caduto. Non ha riportato fratture, ma tutt'ora il dolore alla spalla destra gli impedisce molti movimenti che faceva prima, come lavarsi, vestirsi da solo, cucinare. L'intervento, non particolarmente difficile, in un primo momento sembrava essere andato bene, salvo un continuo sanguinamento nei primi tre giorni. Le medicazioni quotidiane sono state fatte inizialmente dalla figlia. Dopo alcuni giorni, al primo controllo in ospedale, il medico riferisce che la ferita si è in parte aperta, e necessita di medicazioni più accurate da parte di personale specializzato e di controlli ambulatoriali con frequenza bisettimanale. Dunque l'anziano è stato costretto a chiamare una infermiera privata a pagamento, e a recarsi più volte, in ospedale per i controlli. Sia per gli accessi in day hospital che per i controlli successivi all'intervento, l'anziano ha dovuto quasi sempre richiedere l'accompagnamento di una persona esterna alla famiglia, vale a dire il figlio di un suo vicino di casa, al quale ha fatto un "regalo" in denaro, che non vuole però quantificare ma di cui si lamenta. Quando è stata aperta la cartella clinica, ricorda che gli sono state fatte molte domande sulla sua salute e sulle allergie ai farmaci, ma non ricorda alcuna domanda sui suoi problemi a camminare o sulle sue difficoltà a raggiungere da solo l'ospedale. Tutto sommato si dice contento di non essere stato ricoverato, dato che a casa lo aspetta sua moglie che è invalida e ha bisogno di lui, ma andare più volte in ospedale nel giro di poco tempo gli è costato troppa fatica e denaro.
3. Il signor N. V., 80 anni, è al suo primo accesso in day hospital, per eseguire accertamenti, ma si dice quasi sicuro di dover subire un intervento allo stomaco. Ha le mani tremanti e cammina lentamente appoggiandosi ad un bastone, ma nonostante questo è venuto da solo in ospedale con i mezzi pubblici, in quanto abita in città, vive da solo e non ha parenti stretti che possano accompagnarlo. Si dice non troppo contento dell'assistenza ricevuta. A suo parere i medici gli hanno prestato poca attenzione, sono stati frettolosi e "ognuno non sa cosa ha fatto l'altro". Avrebbe preferito un ricovero "normale", sia perché così i medici capirebbero meglio il suo problema, sia perché è stancante andare avanti e indietro e comincia a fare molto caldo. Al ritorno a casa, dice di voler telefonare al figlio per chiedergli di essere ricoverato a Milano dove questi abita insieme alla famiglia, in modo da

poter ricevere il suo aiuto e consigli per il da farsi. Nel caso il figlio si dica disponibile, non andrà più alle visite già prenotate in day hospital.

4. La signora F. P. 82 anni, è in ospedale per accertamenti, soffre di diabete ed artrosi, e dice di avere spesso degli annebbiamenti alla vista. Da qualche mese, a ciò si è aggiunto anche un forte affanno, soprattutto quando fa qualche sforzo. E' in compagnia della figlia di 59 anni, che però non ha un'auto propria, e quindi ha dovuto chiedere al marito di accompagnarle in ospedale, al mattino presto prima di recarsi al lavoro. Siccome abitano in un paesino di montagna in provincia, a circa 25 Km di distanza dall'ospedale, ed il marito smette di lavorare tardi, dovranno aspettare circa 2 ore prima che questi venga a riprenderle. E' prevalentemente la figlia a parlare, lamentandosi del fatto che, pur avendo anche lei problemi di salute ed il peso della propria famiglia, essendo l'unica figlia ad abitare vicino alla madre, deve sobbarcarsi tutta l'assistenza alla madre (la spesa, le pulizie, le visite mediche). Ma a pesarle è soprattutto il fatto che, lavorando in nero presso un 'impresa di pulizie, ed essendo pagata a giornata, quando si assenta dal lavoro per impegni familiari, perde il guadagno giornaliero di 25 euro. Ha sentito parlare di volontari che aiutano gli anziani in difficoltà in città, fanno loro la spesa e li accompagnano dal medico in caso di necessità. Io le cito qualche nome di associazione di volontariato e lei crede di ricordare che sia la "Auser" a svolgere questo servizio. Mi dice anche che ha provato a richiedere delle visite specialistiche per la madre (geriatra, cardiologo) presso il distretto sanitario, ma siccome bisogna aspettare troppo tempo e lei è preoccupata per le condizioni della madre, ha preferito accompagnarla al day hospital. Pensa che sarebbe stato più opportuno, viste le sue condizioni di salute, un ricovero in degenza ordinaria per la madre, ma se i medici hanno deciso per il day hospital "vuol dire che non si poteva fare diversamente".

Dalle interviste realizzate è possibile trarre alcune prime indicazioni.

Come già rilevato, la maggior parte degli utenti anziani, in discrete condizioni di salute, ancora autosufficienti e supportati dalla rete familiare, mostra tutto sommato di gradire il ricovero in day hospital e in day surgery, pur se con rilievi critici circa i tempi di attesa per le prestazioni.

Più articolata, e sicuramente critica, appare però la situazione del secondo gruppo di intervistati. Si tratta di anziani che, a causa di peggiori condizioni di salute o con livelli di disabilità più elevati, o per carenza di supporto familiare, hanno sperimentato notevoli difficoltà e disagi nell'affrontare il ricovero in day hospital.

Dalle loro testimonianze, pur se in numero ridotto, è possibile estrapolare alcune dimensioni problematiche:

- mancanza di considerazione, nella selezione dei pazienti al trattamento in ricovero diurno⁴, alla loro età avanzata unita a cattive condizioni di salute generali e alla presenza di evidenti disabilità (difficoltà motorie e visive, obesità) che, pur non sempre contemplate nei criteri clinici di esclusione, tuttavia possono costituire un importante ostacolo per la fruizione del servizio o per l'abbandono dell'iter diagnostico;
- mancanza di considerazione, nella selezione dei pazienti, ai criteri di esclusione logistici o socio-familiari, quali quelli proposti in alcune linee guida, come presenza di barriere architettoniche nella propria abitazione (abitare ai piani alti senza ascensore), presenza di un tutor sia nella fase di accesso che successivamente a domicilio per assolvere alle prescrizioni necessarie, possibilità di utilizzo di auto confortevole per il ritorno a casa dopo l'intervento, etc.;
- procrastinazione delle cure per patologie acute, con il rischio di aggravamento e cronicizzazione delle stesse, fino ad arrivare a stati di disabilità permanente, con tutte le conseguenze immaginabili sia sull'anziano, che sulla sua famiglia, ma anche sulla collettività (in termini di indennità di accompagnamento e maggiori spese sanitarie);
- mancanza di raccordo ospedale-territorio per garantire la continuità assistenziale ai pazienti che hanno subito interventi, ad esempio attraverso l'assistenza domiciliare integrata e le dimissioni protette;
- carico di assistenza ulteriore che grava sui familiari (che spesso però pur se dotati di buona volontà, non hanno le competenze tecniche per effettuare trattamenti di tipo infermieristico e para-sanitario), in particolare sulle figlie. Nelle esperienze considerate, il ruolo di principale caregiver ha comportato in un caso la perdita di giornate lavorative e quindi di guadagno (nel caso della figlia con lavoro irregolare) e in un altro caso una perdita per la collettività (l'assenza per malattia della lavoratrice dipendente). In entrambi i casi, l'assistenza prestata alla madre ha comportato una sottrazione di tempo da dedicare alla propria famiglia e, si presume, un sovraccarico di lavoro che a lungo andare può incidere sulla salute fisica e psicologia del caregiver;
- interruzione del percorso diagnostico a causa della mancanza di sostegno familiare e di altro tipo di supporto sociale, e conseguente "migrazione sanitaria" verso altre regioni;
- necessità di ricorrere a servizi privati a pagamento per le esigenze conseguenti all'intervento (infermiere per le medicazioni, trasporto in ambulanza) o semplicemente per recarsi in ospedale (trasporto a pagamento).

⁴ Per i criteri di esclusione clinici e socio-familiari si rimanda al paragrafo 3 .

Le problematiche individuate sono ben note agli addetti ai lavori (ed agli anziani e alle famiglie che si occupano di loro): insufficiente applicazione dell'integrazione socio-sanitaria (tra ospedale, distretto sanitario, servizi sociali); insufficiente sviluppo dei servizi sanitari territoriali di base e, di conseguenza attribuzione all'ospedale di carichi assistenziali impropri; carico assistenziale di cura degli anziani che grava essenzialmente sui familiari e sui loro bilanci; migrazione sanitaria, in cerca di cure migliori ed integrate, al nord, con la conseguenza di incrementare la mobilità passiva delle regioni del sud ed il deficit dei bilanci sanitari; carenza dei servizi di assistenza sociale ed esiguità delle risorse loro assegnate. Queste situazioni si presentano con maggiore gravità nelle regioni meridionali, dove, a fronte di un tasso di invecchiamento inferiore, gli anziani presentano peggiori condizioni di salute, un maggior grado di disabilità e peggiori condizioni economiche, e laddove la spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per gli anziani è di soli 48 euro pro-capite l'anno, contro una spesa di 192 euro del Nord-Est (Istat, 2008).

Una disamina più puntuale dei fattori critici sopra sommariamente delineati e delle modalità con cui si presentano a livello locale, richiederebbe ben altri tempi e approfondimenti, e per essi si rimanda all'indagine complessiva in corso di avvio.

In questa sede c'è spazio però per una riflessione rispetto ad una esigenza, quella della mobilità, che, seppure di minore "drammaticità" rispetto alle tematiche prima accennate, tuttavia a nostro avviso riveste una grande importanza in termini di prevenzione e di esercizio effettivo del diritto alle cure e all'accesso ai servizi per gli anziani. Anche in alcune delle nostre interviste è emerso il problema del trasporto verso i servizi e dell'accompagnamento nei servizi, ed è stata citata l'Auser quale associazione che ha organizzato servizi di trasporto per anziani. Effettivamente, l'Auser⁵ risulta tra le associazioni "accreditate" a svolgere attività di collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Avellino, e partecipa con un suo rappresentante alla Commissione consultiva mista della stessa. Da una conversazione con il presidente dell'Auser di Avellino è emerso che, tra le varie attività per gli anziani in cui l'associazione è impegnata, le più richieste sono il trasporto sanitario (per visite, controlli e day hospital), e la telefonia sociale, anche se non è stato possibile quantificare il numero di prestazioni e di beneficiari.

Si dispone però di dati a livello nazionale, relativi alle attività prestate a favore della popolazione anziana nell'ambito del settore "Filo d'Argento" dalle sedi sparse nelle varie regioni (Auser nazionale, 2010). Le attività di "Filo d'Argento", inizialmente costituite da compagnia telefonica e a domicilio, si sono nel tempo estese a: trasporto per fini sanitari, trasporto per altri fini, aiuto per disbrigo pratiche, consegna di spesa/pasti/medicinali, piccoli aiuti domestici, aiuti per casi di violenza, presenza in case di riposo, interventi socio-culturali.

⁵ Auser – Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà – è un ente nazionale con finalità assistenziali nato negli anni '90 in Italia, con sedi in molte province italiane.

Secondo i dati del rapporto, nel 2009 sono 430.058 le persone che hanno utilizzato i servizi, per un numero di interventi pari a 2.019.336. L'utilizzo dei servizi si concentra nella stragrande maggioranza nelle regioni del Nord (91,5%), seguite a lunga distanza dal Centro (4,9) e dal Sud (3,6%), probabilmente in ragione del fatto che al Nord sono presenti più sedi ma soprattutto molti più volontari e servizi attivati che nelle altre aree. Solo il 7,4% dei beneficiari degli interventi, al momento dell'attivazione del servizio, ha riguardato utenti assistiti in vario modo dai servizi socio-sanitari pubblici, o da privati e cooperative sociali (1,4%). Quindi il 91% degli utenti dei servizi Auser, non beneficiava di un piano di assistenza pubblica, né era assistita da altri soggetti privati. Le richieste di aiuto provengono nel 64% dei casi dai soggetti bisognosi e dai loro familiari, per il 5% dalle altre associazioni. Un significativo 31% delle richieste proviene proprio dalle Istituzioni pubbliche (come servizi sociali comunali, Asl, ed altre istituzioni pubbliche), che quindi smistano le richieste che non possono soddisfare alle associazioni di volontariato organizzato più strutturate. Per quanto riguarda la tipologia dei servizi prestati, dai dati si desume che gli interventi di accompagnamento e trasporto sociale verso servizi pubblici e privati e verso i luoghi di socialità rappresentano quasi la metà del totale dei servizi prestati, e di essi i tre quarti sono costituiti da trasporto per fini sanitari. A questo proposito, il rapporto sottolinea come il problema della mobilità degli anziani o di altre persone non autosufficienti, sole e senza il sostegno della rete familiari e sociale, o povere, sia diventata una vera e propria emergenza. Alcuni comuni e distretti sanitari hanno attivato servizi di trasporto sociale, ma molto spesso queste iniziative non hanno carattere stabile, ma sono sperimentazioni di durata limitata, nate sotto la spinta degli organismi territoriali del terzo settore ad integrazione dei servizi che questi avevano già attivato in maniera autonoma. L'Auser stima in circa il 30% la quota di prestazioni per trasporto sociale effettuate dalla propria organizzazione in regime di convenzione con gli enti locali, mentre la quota restante è stata effettuata in maniera autonoma. Anche l'utilizzo degli interventi di trasporto sociale, come per tutti i servizi prestati dall'Auser di cui si è già detto, risente di forti differenziazioni territoriali. Nel Nord del paese, l'intervento di trasporto sociale realizzato dall'Auser in convenzione con gli enti locali ha beneficiato 1 anziano ogni 112, mentre nel meridione questo dato risulta pari a 1 anziano ogni 1.385, e ciò anche a causa, secondo gli estensori del rapporto, della disomogeneità con cui le diverse regioni hanno regolamentato il trasporto sociale, dalle leggi regionali alle regole degli enti locali, fino agli stessi criteri di accesso ai servizi per la mobilità sociale. Quella dell'Auser a favore degli anziani rappresenta un esempio di mobilitazione e pratica dal basso, caratterizzante le associazioni di volontariato, che raccoglie le istanze inesprese delle quote deboli della popolazione e le rende visibili, cercando di dare nei limiti delle proprie possibilità, anche risposte concrete.

Un esempio invece di iniziativa dall'alto, da parte dell'istituzione pubblica, ci viene dall'Ospedale Molinette di Torino (Azienda Ospedaliera) che nel 2008 ha realizzato un progetto di servizio di accompagnamento solidale destinato ai propri pazienti. Con tale progetto si intende offrire un supporto alle persone in condizione di fragilità che abbiano bisogno di usufruire dei servizi della struttura ospedaliera, per prestazioni ambulatoriali, ricoveri, visite di controllo e terapie periodiche. Il progetto nella prima fase di sperimentazione, della durata di tre anni, sarà rivolto unicamente ai pazienti anziani che rientrino nel progetto di domiciliarità leggera di tre circoscrizioni di Torino. Alla fine di tale fase di sperimentazione, viene ipotizzata l'estensione del progetto ad altre tipologie di malati, anche non anziani, affetti da gravi patologie degenerative e da problemi gravi di deambulazione, nell'ambito dell'intero territorio cittadino, auspicando anche la convenzione di stipule con altri ospedali. Il servizio di accompagnamento prevede che l'utente venga prelevato presso la propria abitazione e accompagnato presso l'ambulatorio o il reparto, per poi essere riaccompagnato presso la propria abitazione. Nel caso di trattamento in day hospital, il paziente sarà anche assistito durante la terapia. Per l'espletamento del servizio, l'ospedale prevede a proprie spese l'acquisto di due automezzi, di cui uno attrezzato per il trasporto di disabili. Il servizio verrà svolto da volontari messi a disposizione dalle varie Associazioni di volontariato interpellate e coinvolte nel progetto, tra cui l'Auser.

BIBLIOGRAFIA

AA. VV., 2009, *Modello gestionale di Unità Operativa Autonoma di day surgery ortopedica e di chirurgia della mano* – Presidio Ospedaliero CTO Milano

ASSR, 2005, “*L’evoluzione del day surgery in Italia*”, Supplemento al N. 15 della rivista Monitor

Auser Nazionale, 2010, *Terzo Rapporto su Filo d’Argento*

Azienda Usl Roma H, 2009, *Manuale Procedure Week Surgery. Razionalizzazione dell’offerta chirurgica*

Canonico, S., 2007, *Day Surgery. Stato dell’arte e prospettive future*. Società Napoletana di Chirurgia.

CONFERENZA STATO-REGIONI - ACCORDO 22 novembre 2001 . Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria Gazzetta Ufficiale N. 19 del 23 gennaio 2002

Conferenza Stato-Regioni – Accordo 1 agosto 2002 – “Linee guida per l’organizzazione delle attività di day surgery”

Costa, G., Spadea, T, Cardano, M., *Disuguaglianze di salute in Italia*, Epidemiologia e Prevenzione, N. 28

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri- “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” - 29 novembre 2001

Istat, 2007, “*Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, Roma

Istat, 2008, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – Anno 2005*, Roma

Ministero della Salute, 2007, *Progetto Mattoni SSN. Evoluzione del sistema DRG nazionale. Milestone 1.2.1: Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi. Relazione finale*

Ministero della Salute, 2007, *Relazione sulla situazione sanitaria del paese*, Roma

Ospedale Molinette (Azienda Ospedaliera “S. Giovanni Battista di Torino), 2008, *L’accoglienza in sanità: dalla tecnologia all’accompagnamento*, a cura dell’URP.

Rozzini, R., Bianchetti, A., 2005, *L’assistenza ospedaliera all’anziano: alla ricerca dell’appropriatezza*, in AA. VV., *Rapporto sanità 2005 – Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino