

La sfida della complessità

corso di aggiornamento per educatori professionali, terapisti
occupazionali e psicologi delle RSA

L'impatto della non autosufficienza sulla rete dei servizi
per gli anziani

Gianbattista Guerrini
Fondazione Brescia Solidale

L'impatto sulla rete dei servizi per gli anziani (e sul lavoro di ciascuno di noi):

- della non autosufficienza
- dei «nuovi anziani»
- dei nuovi modelli/dinamiche familiari

1. Il contesto

Cosa è cambiato (e sta cambiando) negli ultimi decenni
il contesto

- Il modello di medicina
- Il cittadino/paziente
- Il rapporto tra operatore sanitario e cittadino/paziente
- Il modello prevalente di malattia con l'irrompere della malattia cronica

Cosa è cambiato (e sta cambiando)

Il modello di medicina

aumento delle conoscenze
mediche

disponibilità diagnostiche e
terapeutiche



(super)specializzazione

spostamento dell'attenzione
dal malato alla malattia

Perchè proprio quando i pazienti hanno iniziato ad essere curati meglio hanno anche progressivamente cominciato a sentirsi curati meno?

Fabrizio Ascoli, 2019

Cosa è cambiato (e sta cambiando)

I cittadini/pazienti

Sono aumentati

- i livelli di cultura e di benessere
- l'attenzione alla propria salute
- la consapevolezza dei propri diritti

Aumenta la partecipazione alla spesa

Cosa è cambiato (e sta cambiando)

I cittadini/pazienti

Sono aumentati

- La difficoltà ad accettare la malattia e la morte
- La tendenza a medicalizzare un numero crescente di situazioni
- La propensione al «consumismo» sanitario e la sensibilità alle pressioni del mercato
- La difficoltà a riconoscere i limiti della medicina e delle sue innovazioni
- La tendenza al «fai da te» (*dottor Google*)

Cosa è cambiato (e sta cambiando)

**Il rapporto tra operatore sanitario
e cittadino/paziente (utente?/cliente?)**

Da un rapporto «paternalistico», di delega all'operatore sanitario

A un rapporto «contrattuale»

Cosa è cambiato (e sta cambiando)

L'irrompere della malattia cronica

Che chiede un diretto coinvolgimento del paziente nella gestione e nella cura della sua malattia

Che riconosce un ruolo centrale delle componenti psicologiche, relazionali, motivazionali e sociali della persona ammalata nel condizionare la risposta alla malattia ed alla cura



da una *cura* centrata sulla malattia
a una *cura* centrata sul paziente

Umanizzazione delle cure?



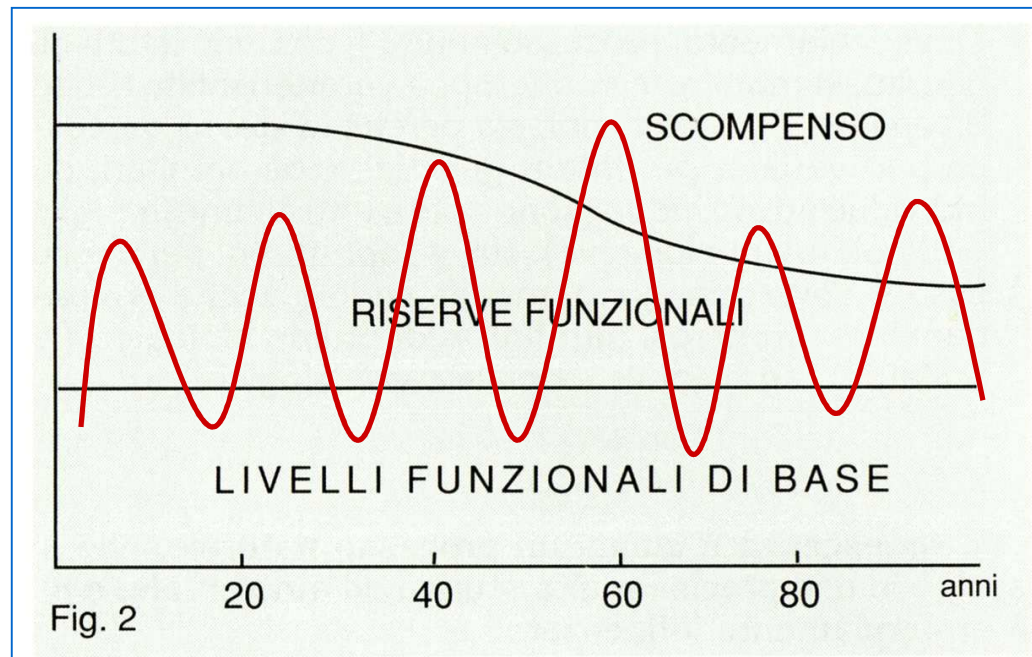
da una *cura* centrata sulla malattia
a una *cura* centrata sulla persona (sulle persone)

2. Invecchiamento, malattie croniche e non autosufficienza

progressiva riduzione delle
riserve funzionali



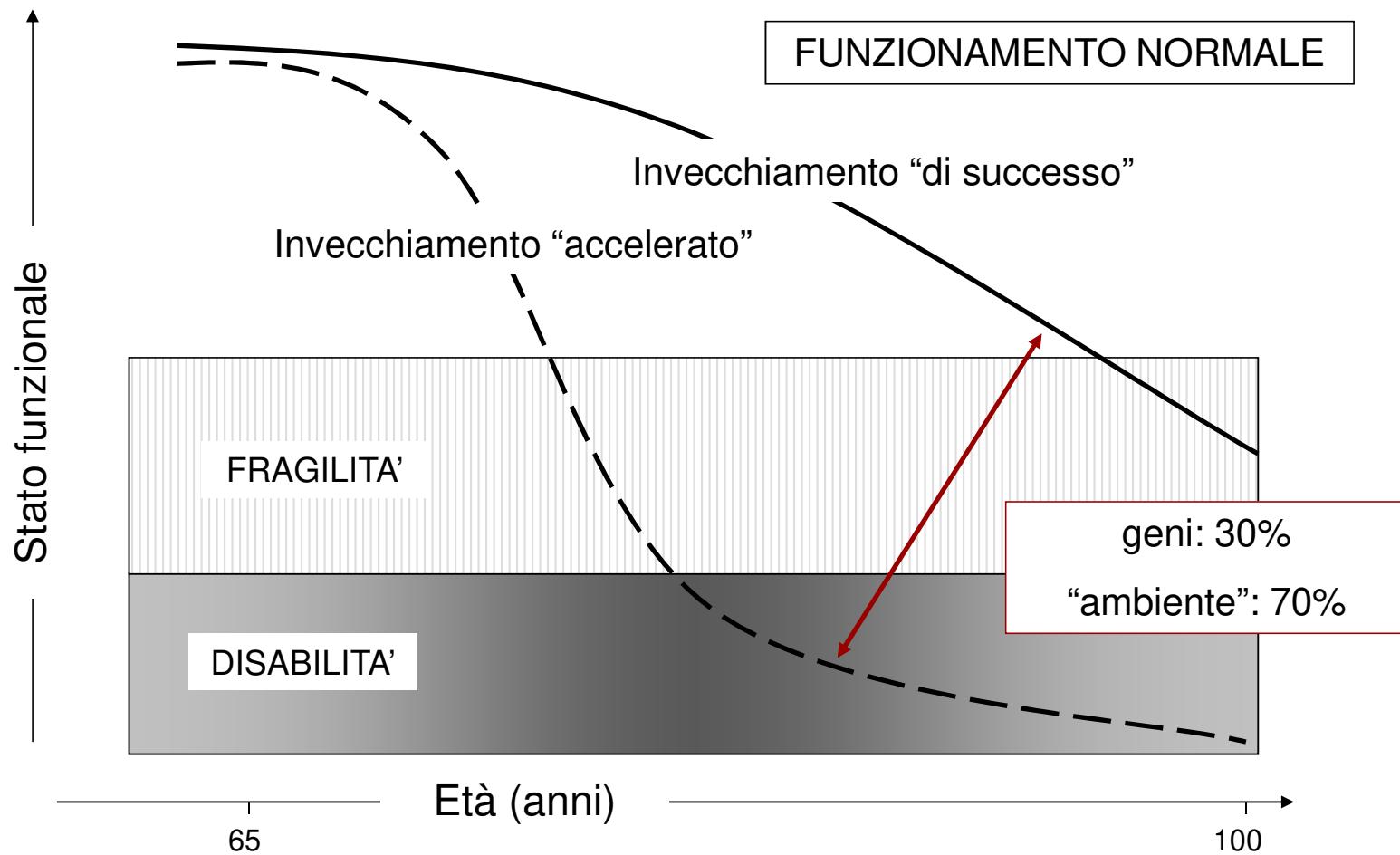
ridotta risposta agli stress



Aumento delle
malattie acute

Aumento delle
malattie croniche





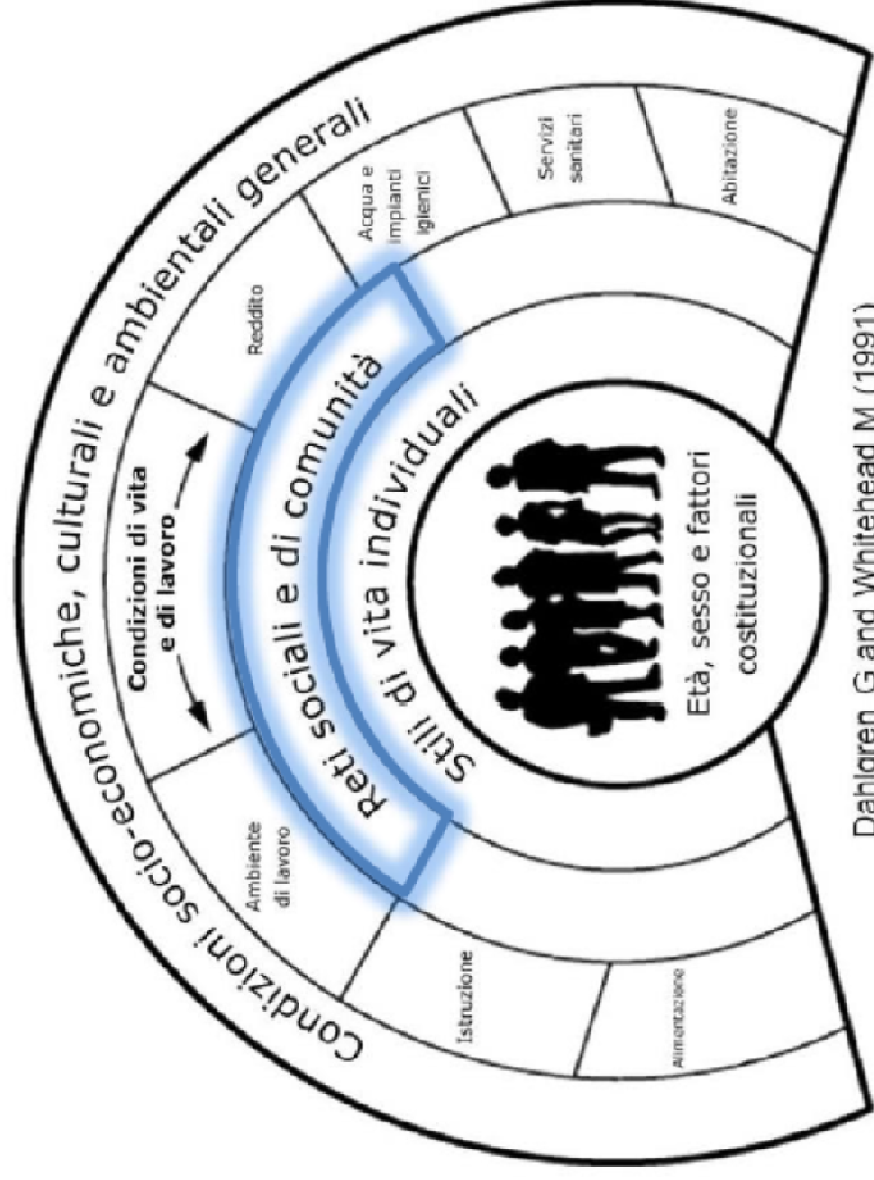
Ferrucci et al (mod.)



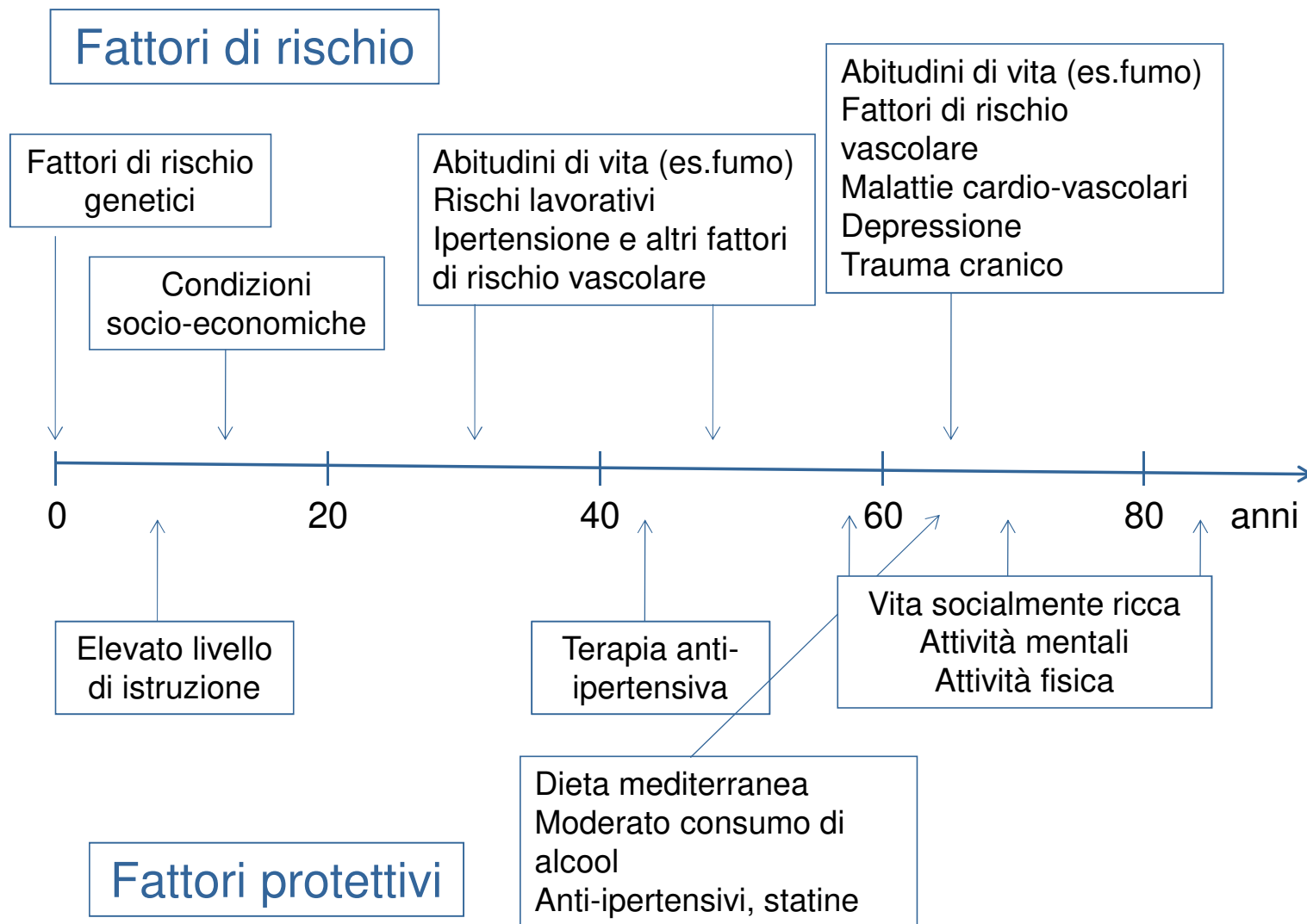
Stima del contributo dell'ereditarietà sulla longevità da studi diversi

Sample	Heritability
Danish twins ^{24,163}	20–30%
Swedish twins ¹⁶⁴	33%
Old Order Amish population ¹⁶⁵	25%
Utah Population Database ¹⁶⁶	15%
Framingham Heart Study ¹⁶⁷	16%
Medicare recipients, New York City ¹⁶⁸	
European ancestry	26%
African American	4%
Caribbean Hispanic	29%

da: A. Marengoni, 2016



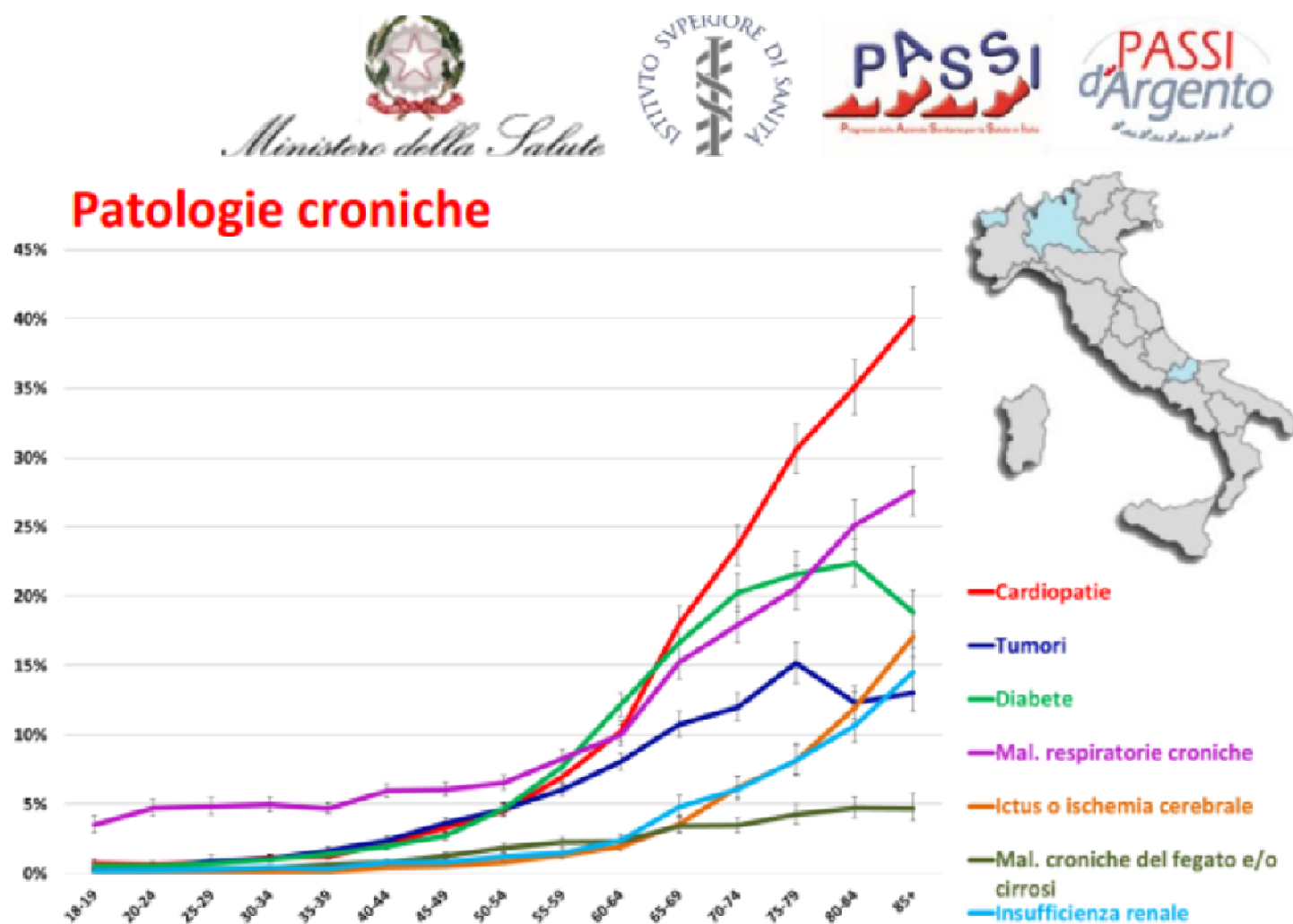
Dahlgren G and Whitehead M (1991)



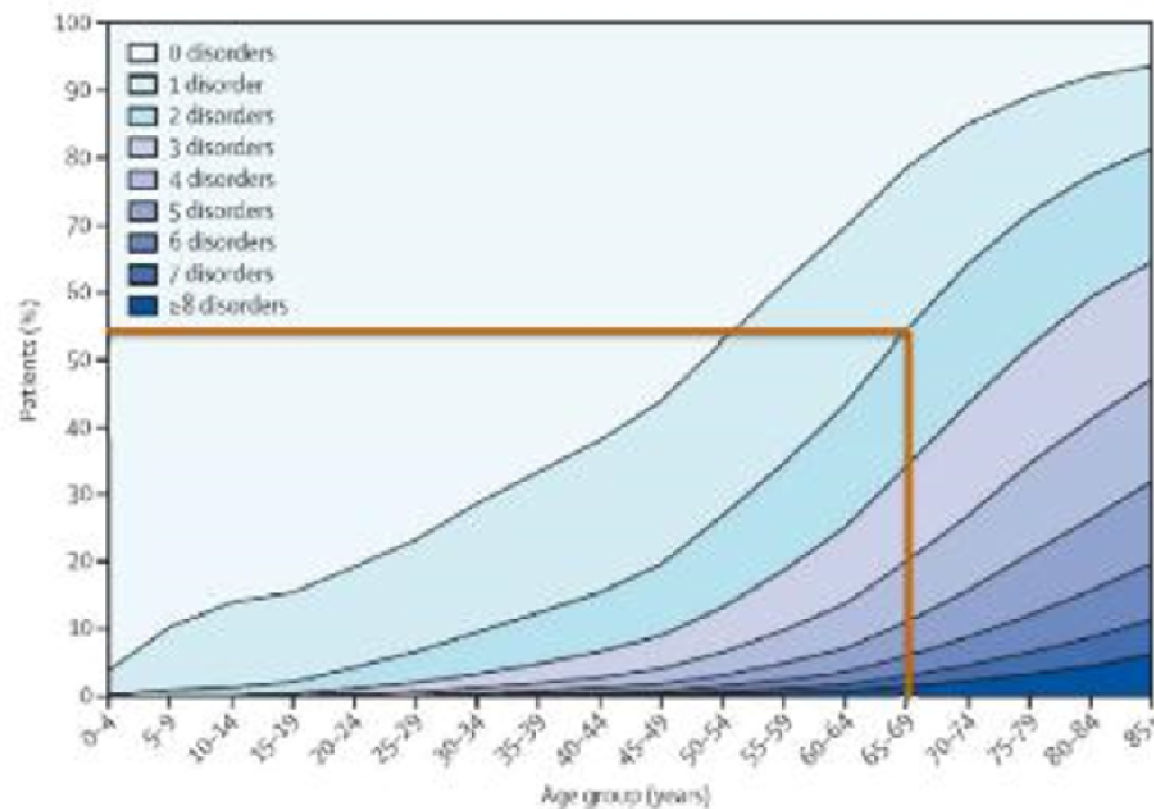
Da: L Fratiglioni et al, Lancet Neurology, 2004 (modif.)



Le patologie croniche in Italia pr fascia d'età



Multimorbidità e fasce d'età

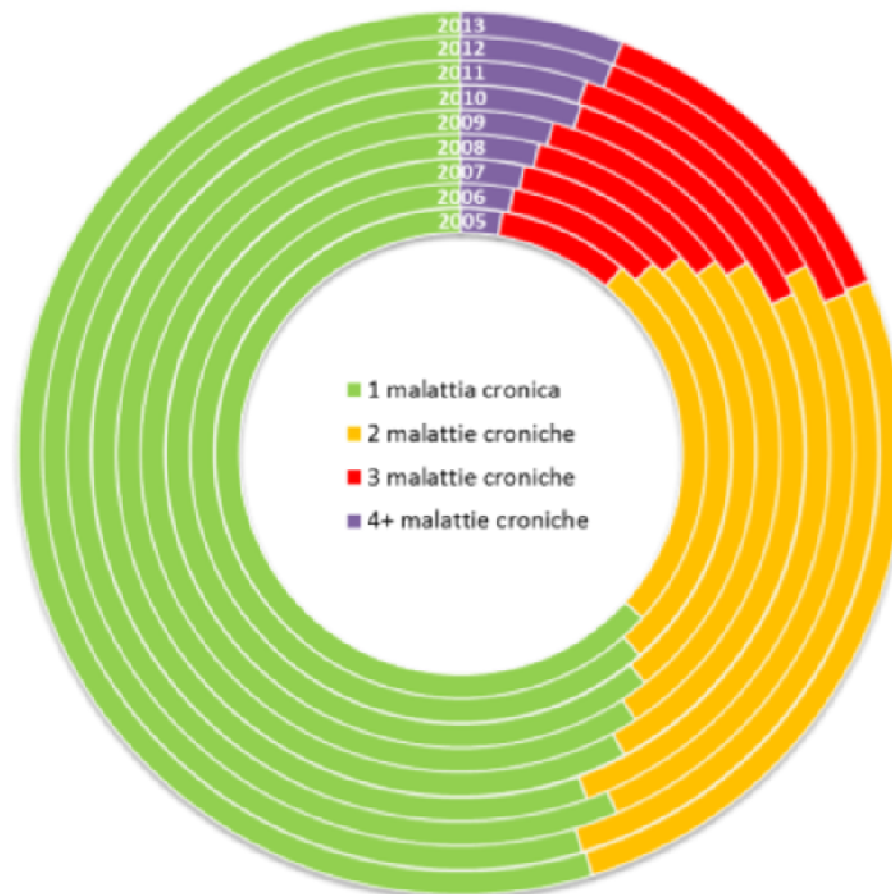


Piano Nazionale della
Cronicità, 2016

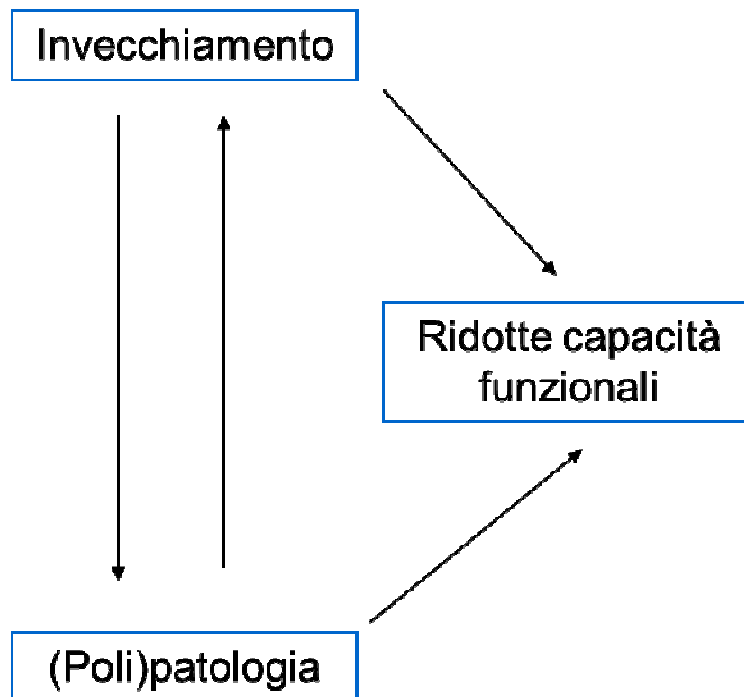
La frazione di popolazione con multimorbidità aumenta sostanzialmente con l'età. Se consideriamo la popolazione con più di 60 anni l'incidenza di due o più malattie supera il 50%. (Modificata da Barnett et al Lancet 2012).

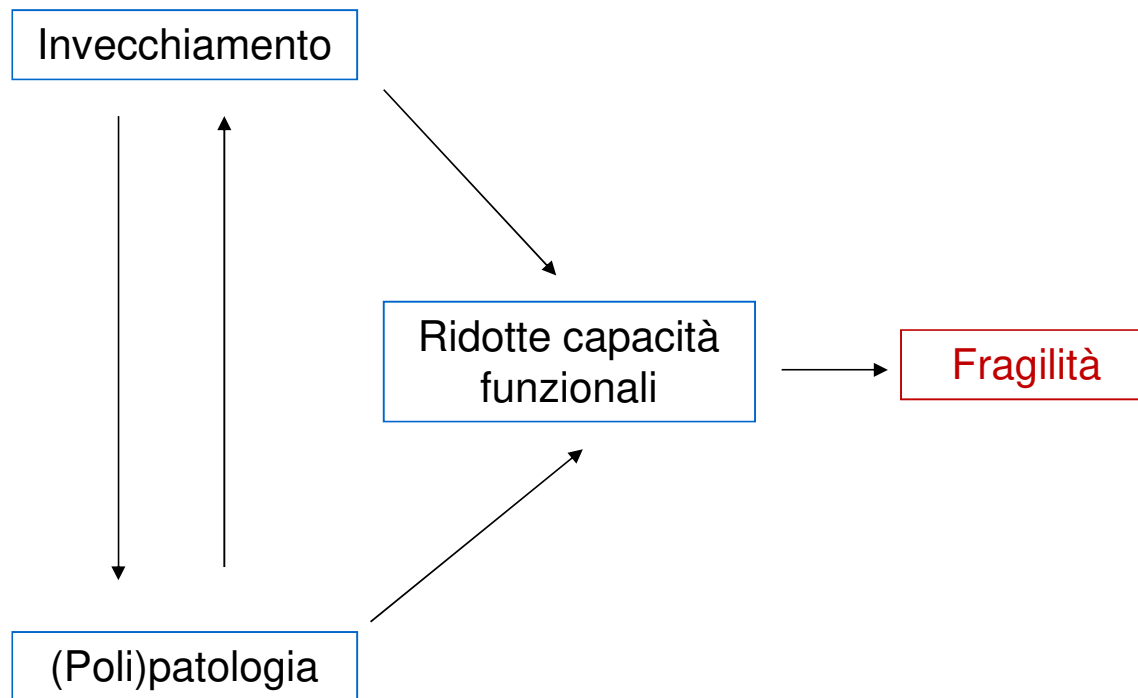
Aumento della polipatologia cronica in Lombardia dal 2005 al 2013

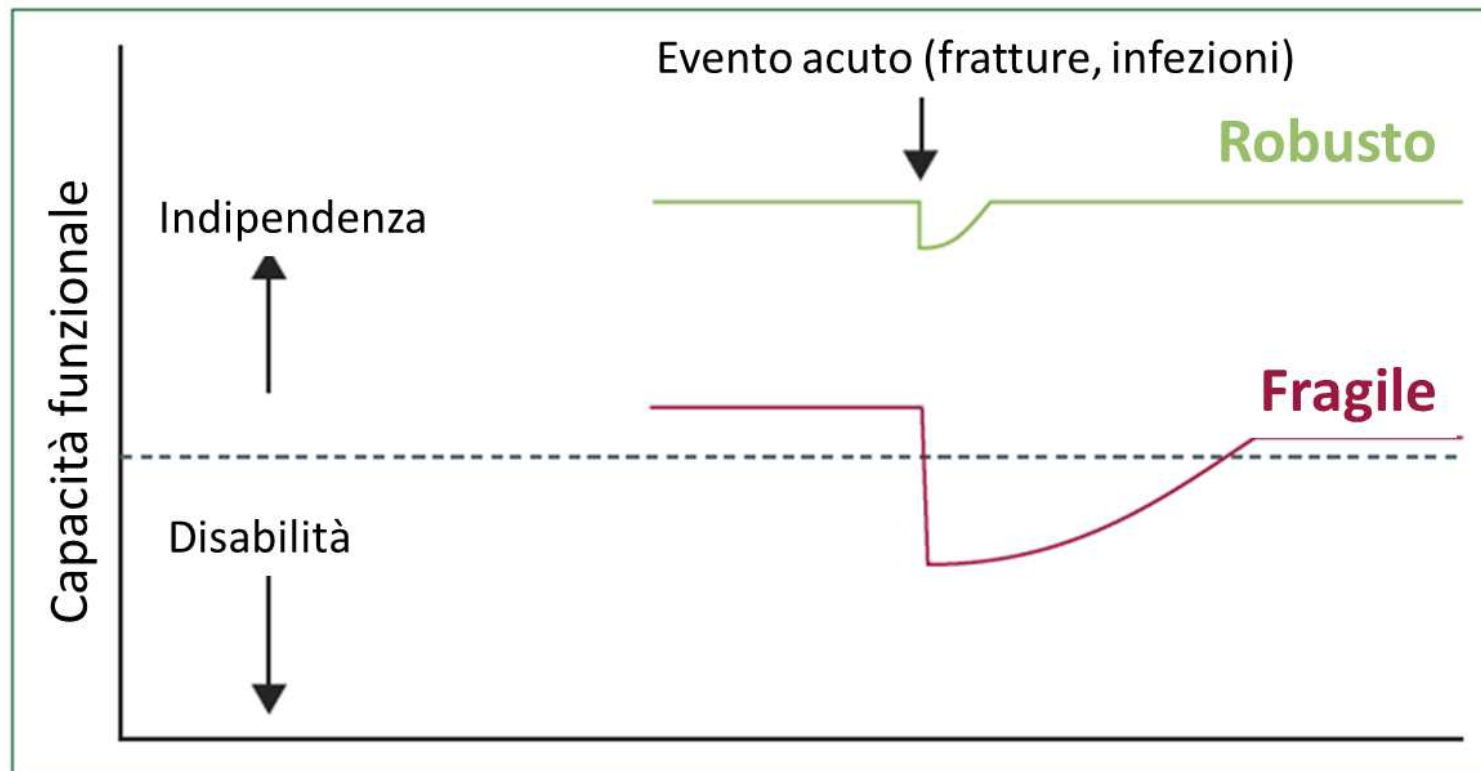
Figura 7. Rappresentazione schematica dell'incremento della quota percentuale di soggetti cronici polipatologici rispetto ai cronici mono-patologici dal 2005 al 2013



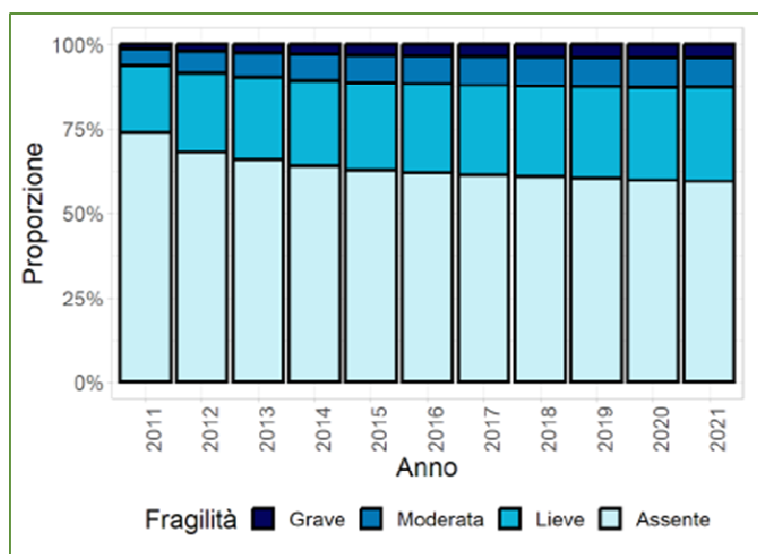
- Le malattie croniche determinano una riduzione progressiva delle funzioni dell'organismo
 - che si sovrappone a quella indotta dal processo di invecchiamento
 - che è spesso difficile distinguere dalle modificazioni fisiologiche
 - che causa un aumento con l'età della disabilità







La fragilità in Italia

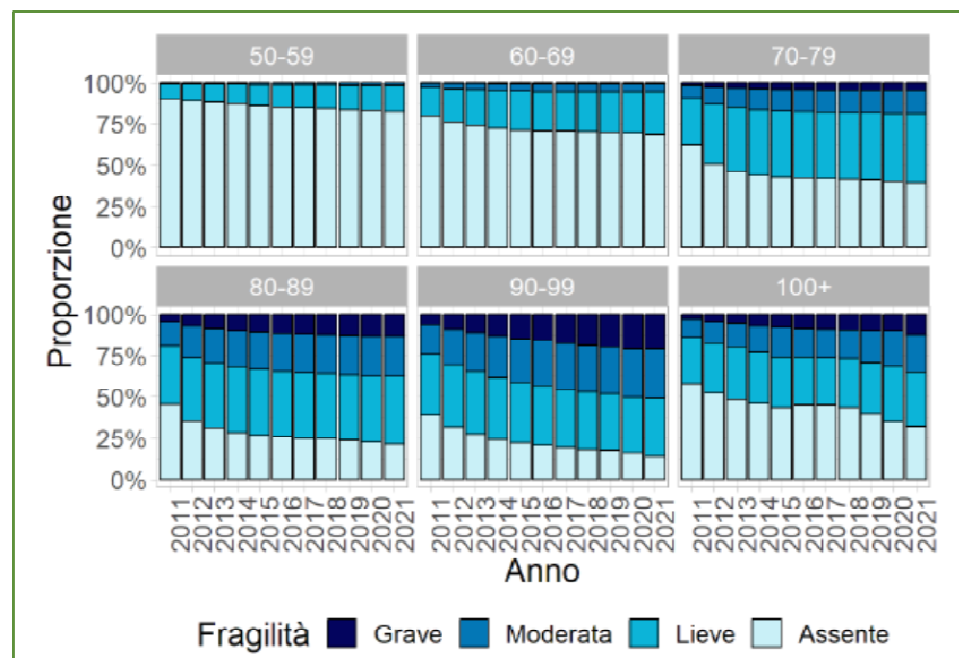


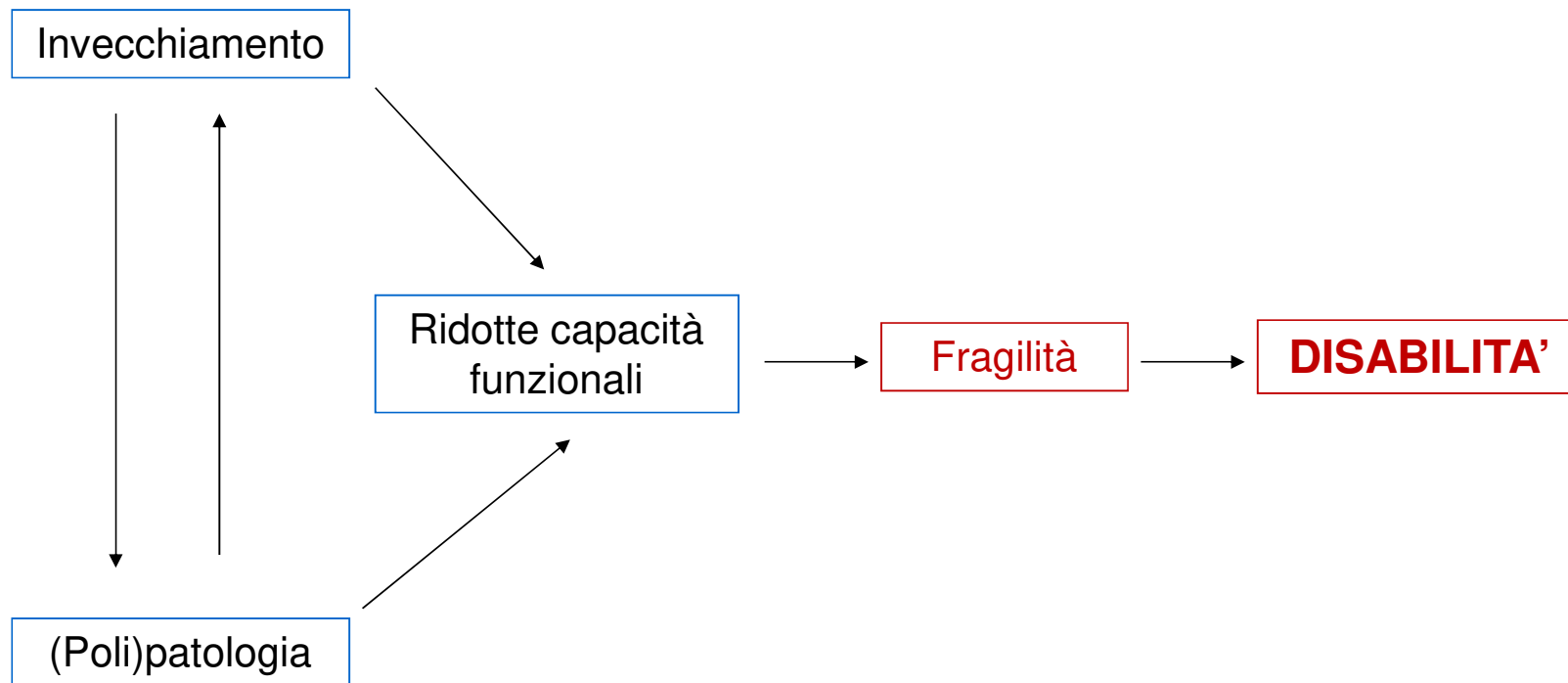
Stadi di fragilità (2021, pop ≥ 50 aa)

Lieve 27.9%

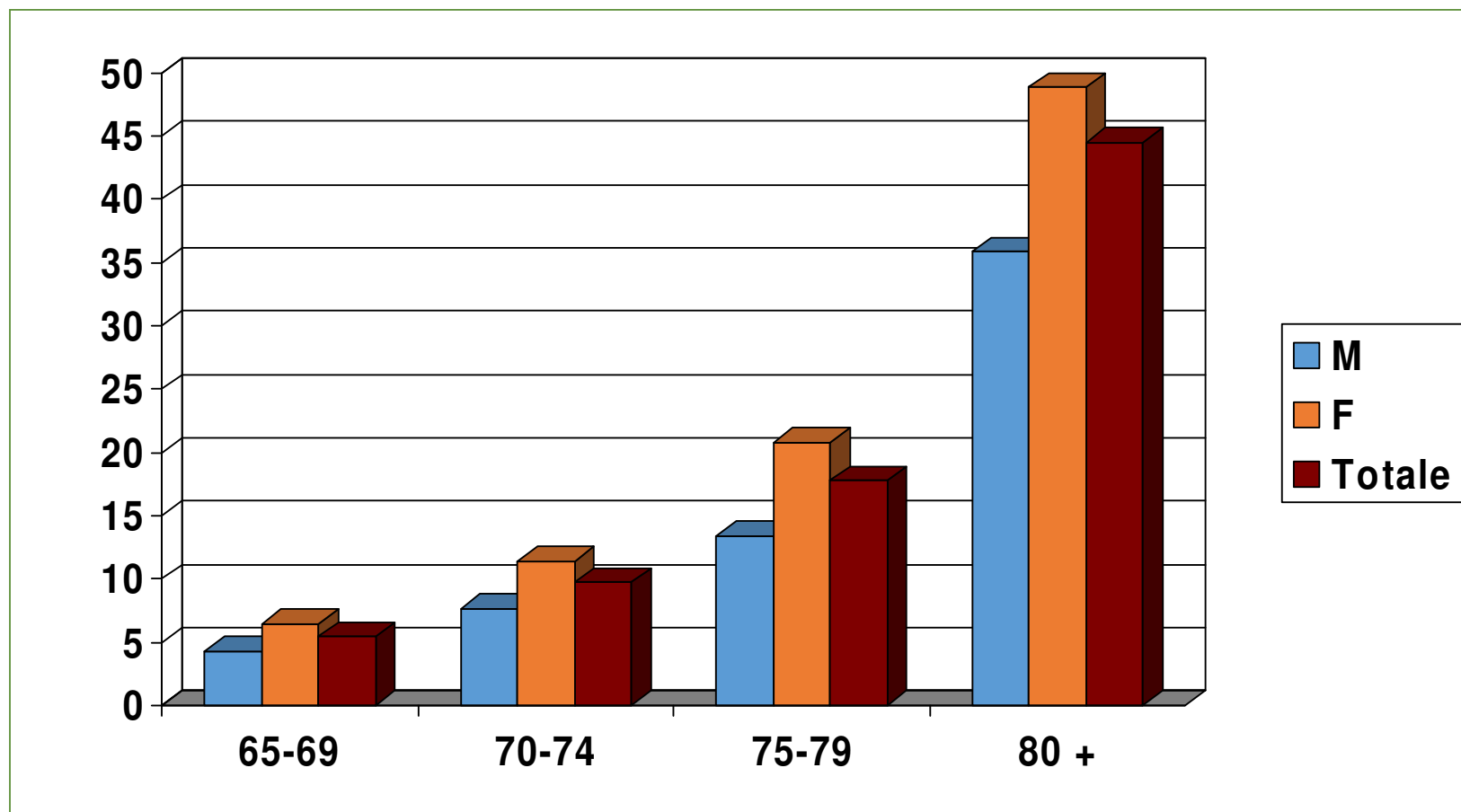
Moderata 8.9%

Grave 3.7%

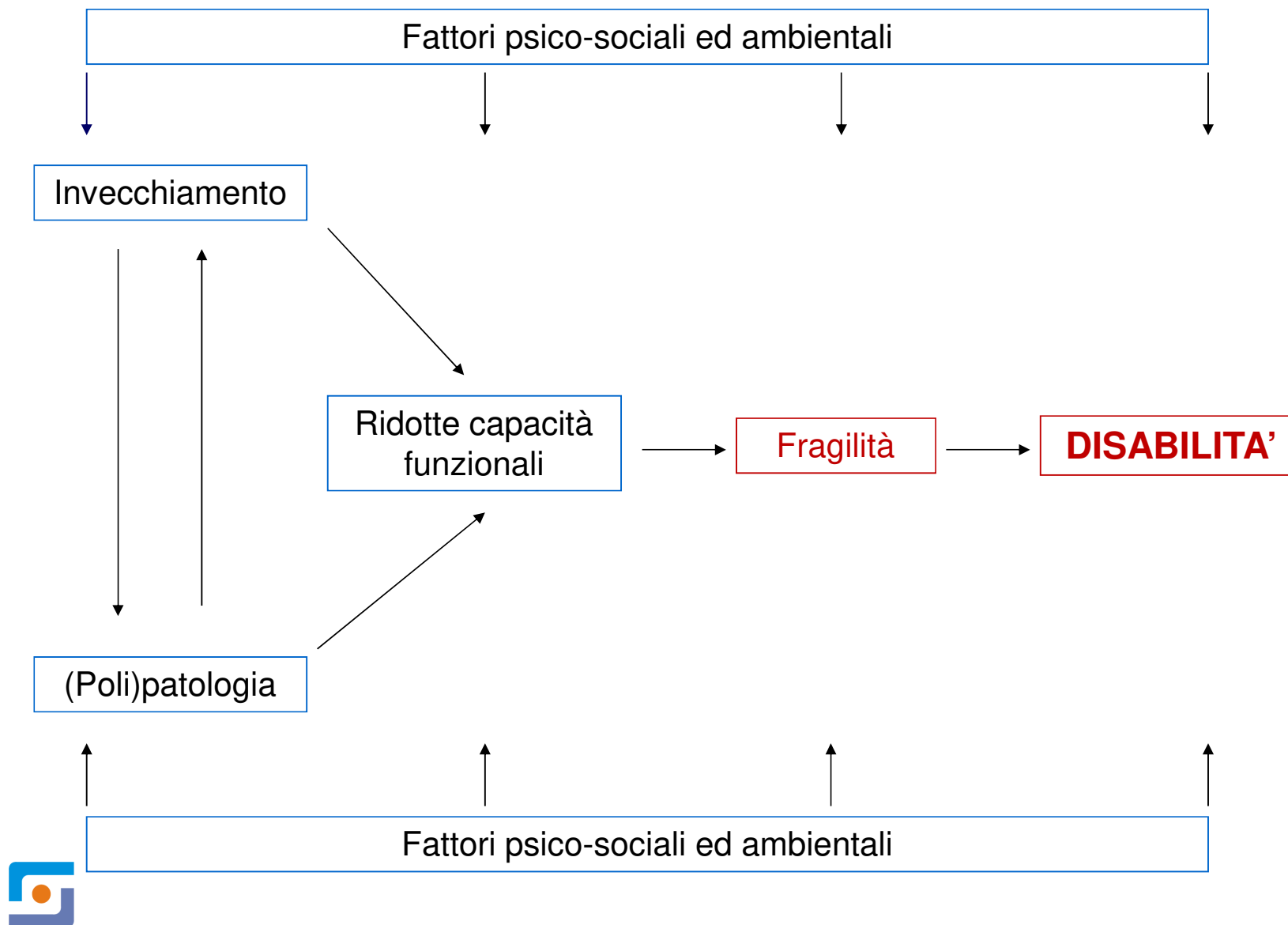




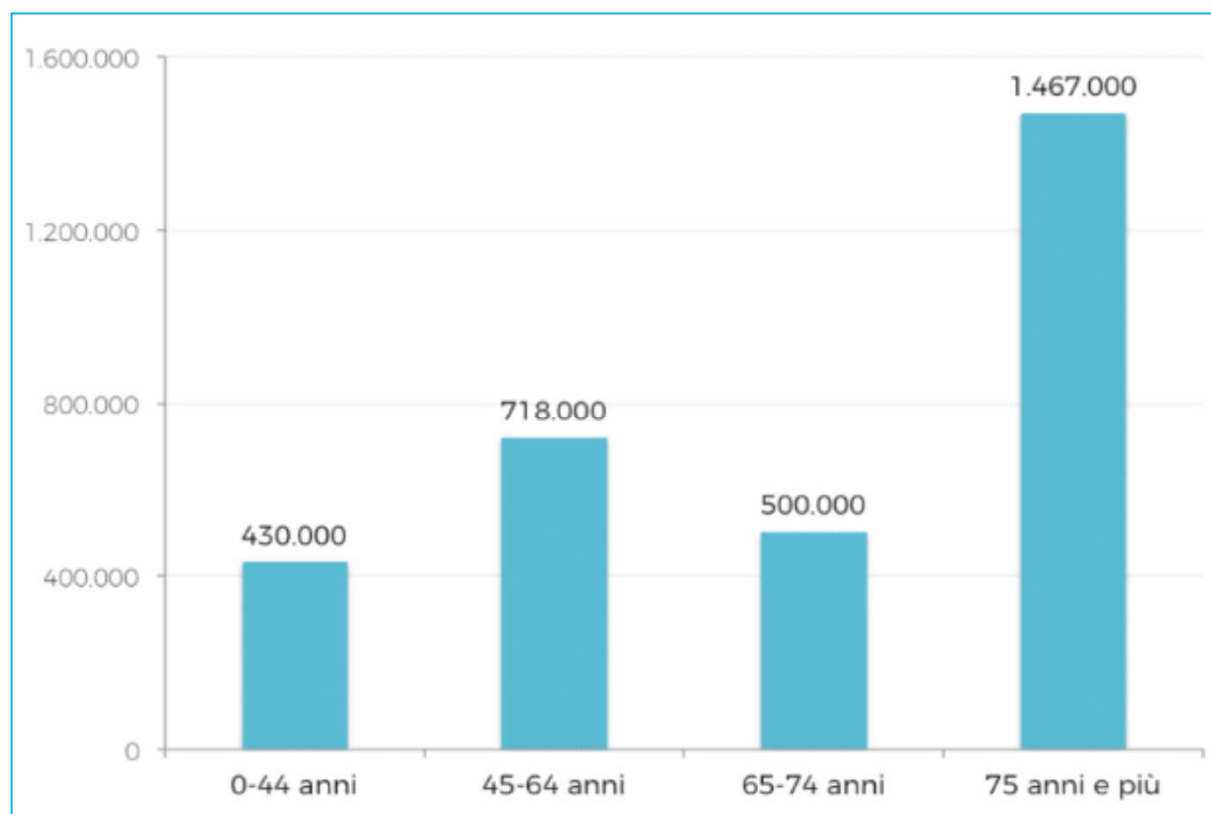
Tassi di disabilità (x 100) negli anziani in Italia



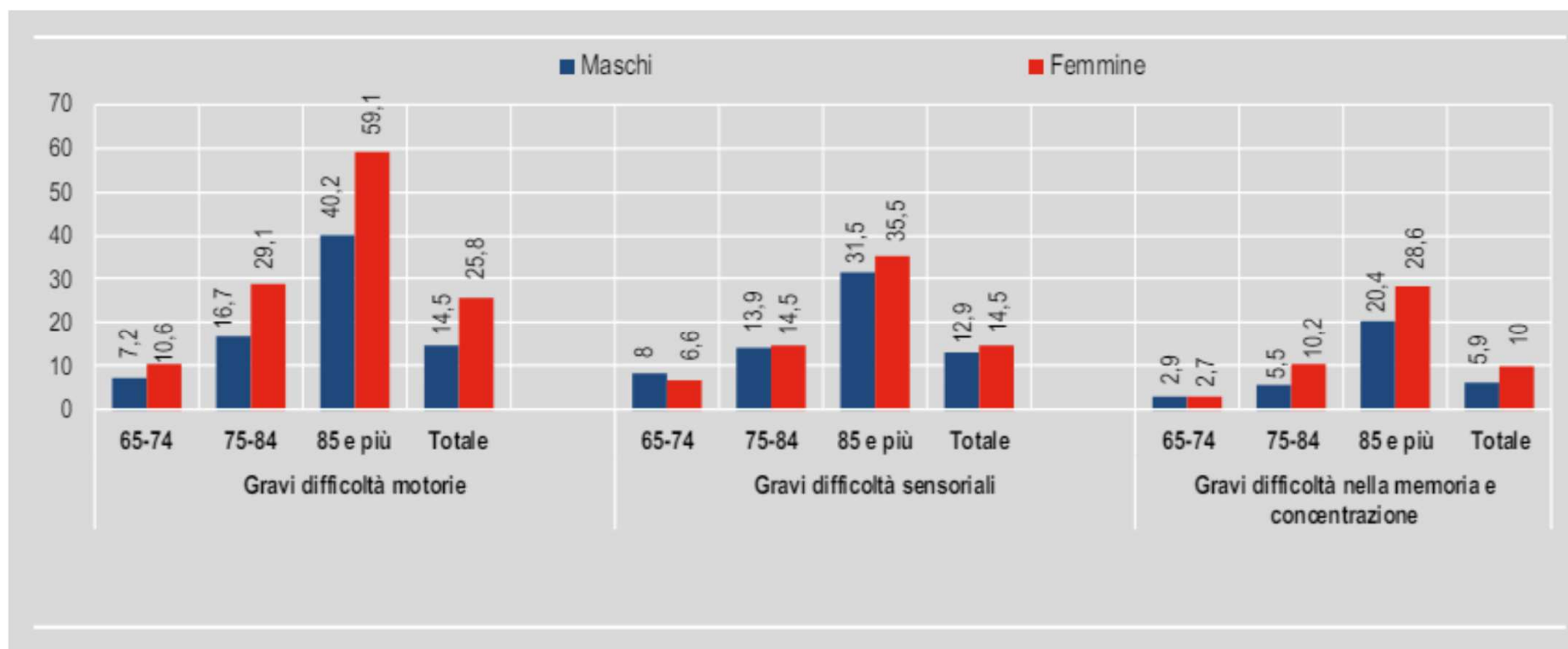
ISTAT, indagine mutiscopo



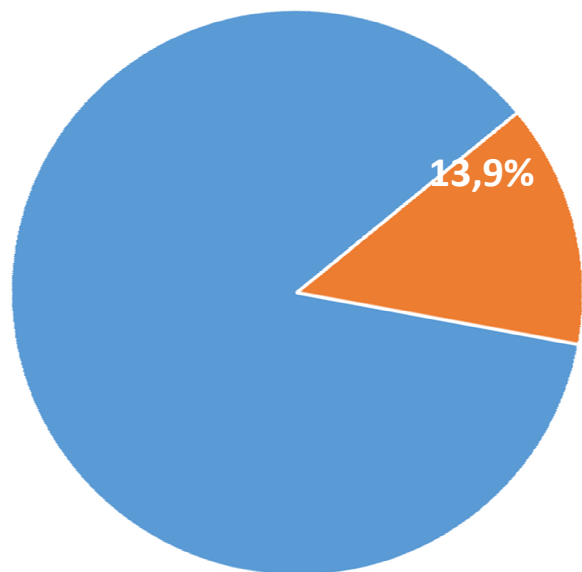
Persone non autosufficienti in Italia (ISTAT, 2021)



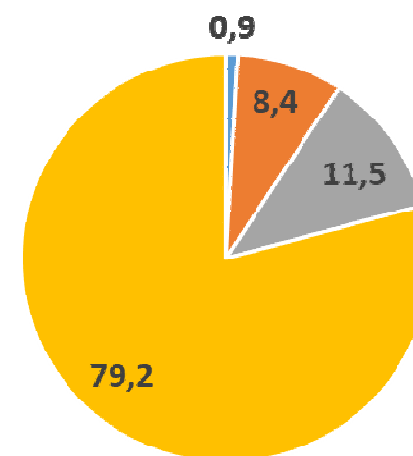
Persone di 65 e più anni con gravi difficoltà motorie, sensoriali e cognitive (ISTAT, 2021)



Persone con 65 e + anni in Italia
14.500.000



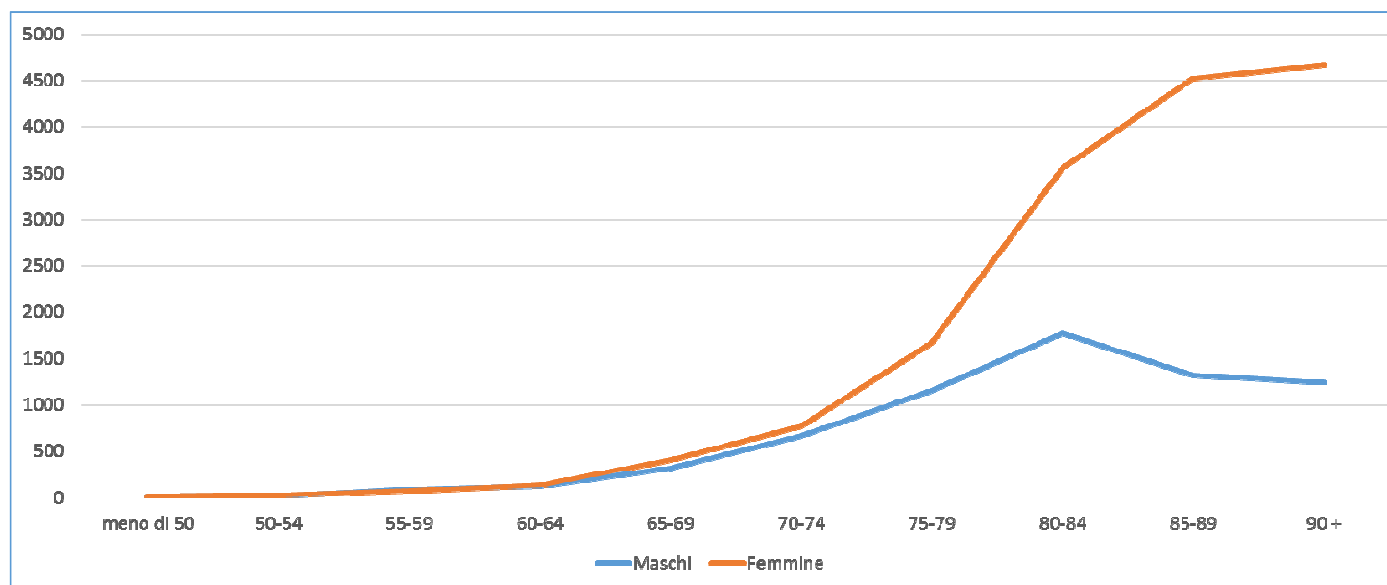
Non autosufficienti
~ 2.000.000 (13.9%)



■ SAD ■ ADI ■ RSA ■ Famiglia

La demenza

- In Italia: 1.200.000 di pazienti, di cui 6-700.000 Alzheimer
- Nella provincia di Brescia nel 2022 si stimavano quasi 24.000 casi di persone affette da demenza, per i due terzi femmine
- La presenza della malattia aumenta con l'età

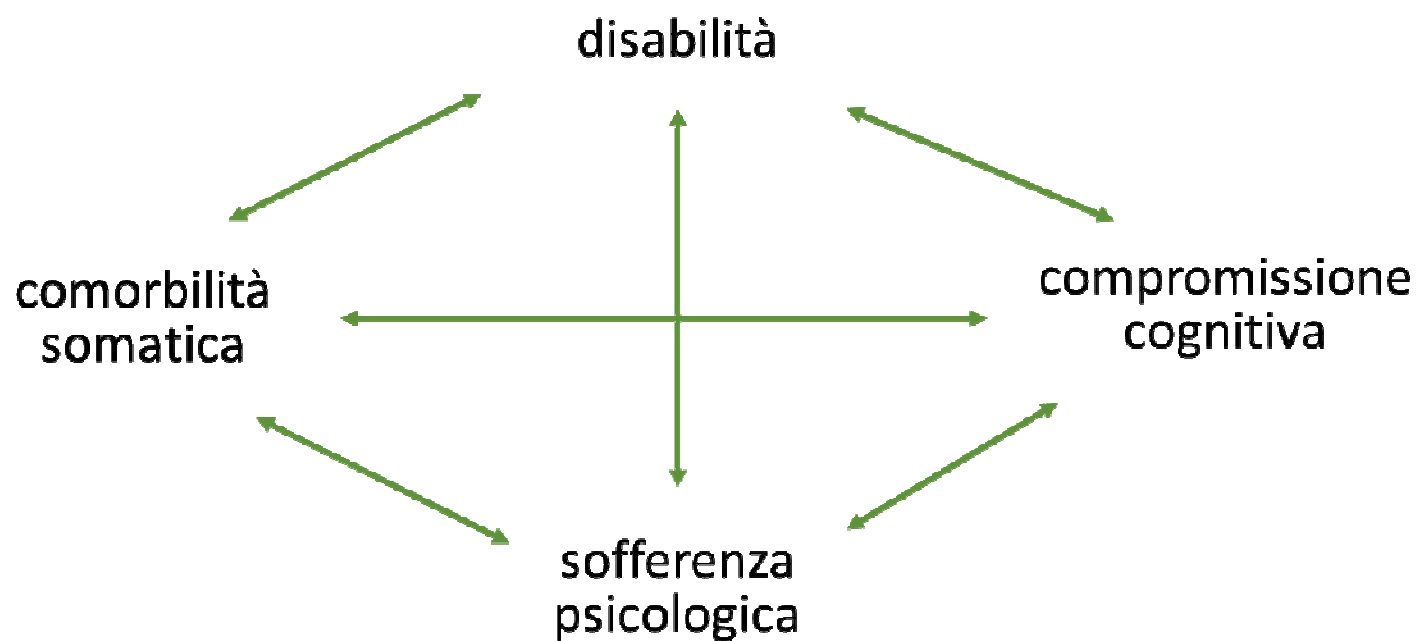


3. La crescente complessità dell'utenza dei servizi

La crescente complessità dell'utenza dei servizi

- Età più avanzata
- Elevati livelli di dipendenza
- Aumento dei bisogni sanitari
 - (poli)patologia
 - severità
 - instabilità
 - condizioni di alta complessità sanitaria
- Elevata prevalenza di demenza

severità
instabilità
bisogni sanitari
particolari

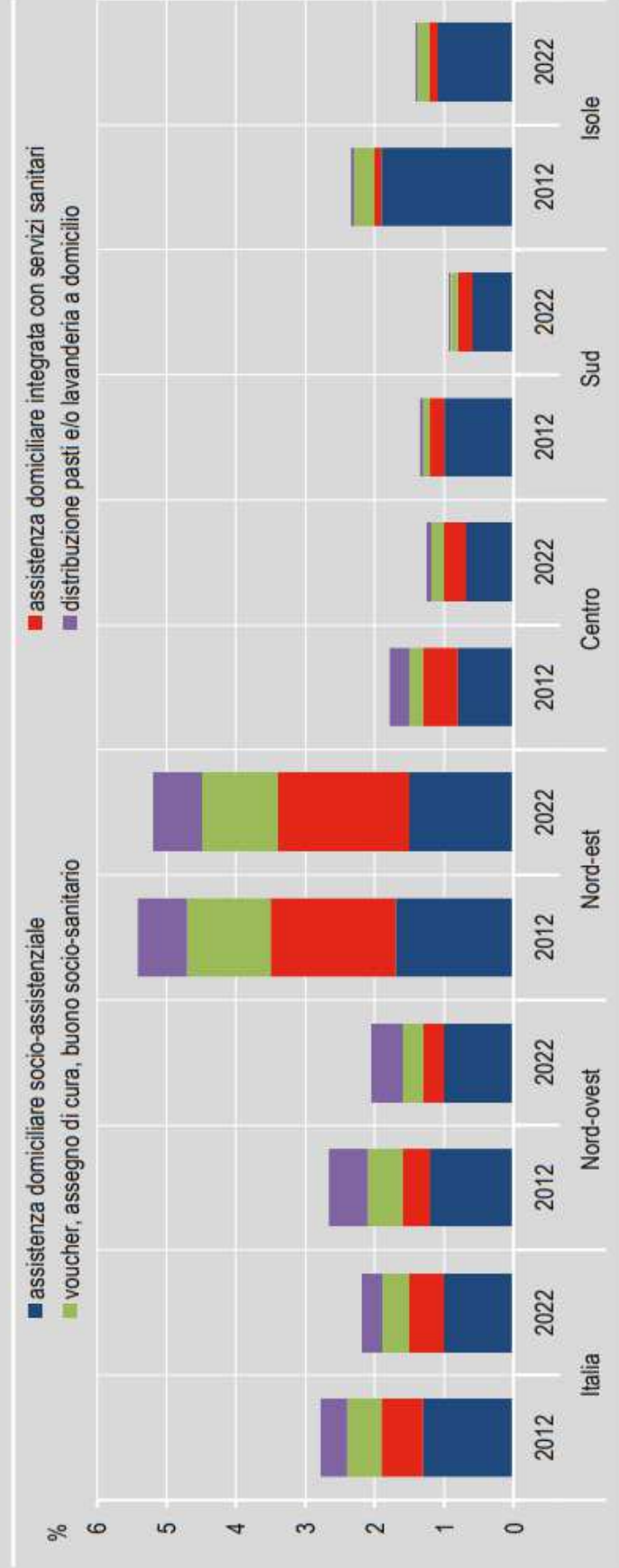


"multiple, simultaneous, interactive problems", R. Kane, 2005

La crescente complessità dell'utenza dei servizi

- Lo scarso investimento sulla prevenzione
- Il mancato cambio di paradigma della medicina (dalla cura della malattia alla *care* della persona)
- La mancata riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti
- Ridotte risorse finanziarie dei Comuni

FIGURA 4. ANZIANI UTENTI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE SULLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO DEL SERVIZIO (PER 100 RESIDENTI DI 65 ANNI E OLTRE), PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anni 2012 e 2022



Quali risposte alla complessità dell'utenza

- **Personalizzazione delle cure**
 - Conoscenza della persona
 - Rispetto dei bisogni/aspettative/preferenze dei pazienti (e delle loro famiglie)
- **Approccio multidimensionale** e multidisciplinare (*sguardo* multidimensionale)

Aiutare la persona ricoverata a mantenere la continuità con la sua storia personale, a mantenere «brandelli» della sua identità, a riconoscere **orizzonti di senso**.

Il riconoscersi, l'essere riconosciuto, il sentirsi riconosciuto, come essere individuale e irripetibile, è, anche per il soggetto anziano, soprattutto se malato e non più autosufficiente, un bisogno essenziale.

La lotta di molti anziani non è contro la morte, ma avversa all'abbruttimento di un anonimo scomparire.

Amelia Belloni Sonzogni, 2011



Quali risposte alla complessità dell'utenza

- Promozione dell'**autonomia possibile**
 - focalizzare l'attenzione sulle capacità, non sui deficit
 - individuare e valorizzare i risultati parziali (*small gains*)
- Chiedersi qual'è il risultato del nostro lavoro, se promuove:
 - autonomia o dipendenza
 - benessere o disagio/sofferenza
 - autostima o mortificazione
 - affermazione o espropriazione dell'identità

... ampliare “l’area della **capacità di scelta**”

... stimolare “l’interesse del paziente, il suo desiderio, la sua **fiducia in sé**, il senso del proprio valore”

L. Ploton, 2003

Focalizzare l’attenzione su quanto la persona è in grado di fare piuttosto che sulla prestazione, «sulla motivazione più che sul risultato, sull’accogliere l’iniziativa quando si manifesta piuttosto che sulla stimolazione»

P. Vigorelli, 2011

Quali risposte alla complessità dell'utenza

- Curare la relazione

Utilizzare la relazione come **strumento di cura**

Qualsiasi intervento terapeutico avviene *dentro* una relazione, la relazione curante-paziente ... E questa relazione è (o può essere) un **potente fattore di terapia e di miglioramento** dei disturbi del paziente; oppure, al contrario, può contribuire al loro peggioramento.

Fabrizio Ascoli, La relazione di cura, Franco Angeli, 2019

La sterilità in chiave igienica minaccia costantemente di tramutarsi in **sterilità relazionale**.

La medicina e l'assistenza rischiano di trasformarsi in pura manutenzione tecnica e ingegneristica. Il paziente viene curato ma non guarito perché di lui viene trascurato, negato o ridotto a puro fatto biologico **il bisogno di rapporto, e di incontro**.

Silvano Corli, 2014

Per una relazione efficace

- Il **tu** nel rapporto con la persona: messaggio di confidenza o di potere?
- L'attenzione alla **privacy** ed al **pudore**
- La **gentilezza**

Valorizzare la **dimensione affettiva** della persona

Il piacere di curare: contrastare il dolore con il piacere

E' necessario fondare la nostra azione, a qualsiasi livello si intervenga, attribuendo priorità assoluta a tutto ciò che nel nostro modo di parlare, nel nostro modo di toccare, nel nostro modo di agire e reagire, nelle nostre scelte pratiche, nel modo di organizzare la nostra azione possa in primo luogo e innanzitutto **risvegliare il piacere di vivere in coloro che si affidano a noi**, accettando le nostre cure.

Luis Ploton, 2003

Trasmettere ai pazienti **il nostro piacere di prendersi cura di loro**

Leo Nahon, 2003

