

SUPSI Health

Rivista semestrale dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità della SUPSI

EDITORIALE

Andrea Cavicchioli

L'OSPITE

Stefano Cavalli

LABORATORIO DI RICERCA

Luisa Lomazzi

Carla Sargenti

Filippo Bignami

Vincenzo D'Angelo

Stefan Kunz

Riccardo Crivelli

Iva Bolgiani

Francesca Scalici

SPAZIO THESIS

Micaela Borioli

Stefano Dellagiacomma

Segnalazioni



editoriale

La “collaborazione nella ricerca”: questa conosciuta



Non ci sono dubbi, lo spazio della ricerca in una Scuola universitaria professionale è in maniera praticamente ineludibile, uno spazio collaborativo, di confronto e crescita comune fra mondo accademico e mondo delle organizzazioni/istituzioni che, a diverso titolo, impegnano i diversi specifici campi disciplinari. Nel caso del Dipartimento sanità della SUPSI questa regola aurea trova oggi un campo di applicazione ampio ed esteso. Ne è riprova questo numero della rivista che vuole appunto declinare il concetto di collaborazione nelle sue molteplici forme attuali. Al momento attuale sono attivi all'Unità di ricerca oltre 20 progetti di varia dimensione. Le collaborazioni in essere, per lo sviluppo di questi progetti, sono ormai estese a tutta la rete pubblica e privata delle istituzioni che costituiscono l'offerta di prestazioni sanitarie del Cantone. Oltre che con altri Dipartimenti della SUPSI (Dipartimento scienze aziendali e sociali e Dipartimento tecnologie innovative, in particolare) sono attivi formali rapporti con le istanze regolatrici dell'offerta sanitaria (es: DSS, Ufficio del Medico cantonale) con fondazioni, associazioni, organizzazioni e aziende del settore. Infine sono una decina almeno gli altri atenei, svizzeri, europei e anche di oltre atlantico con cui stiamo lavorando.

Collaborare, “lavorare con” è una necessità vitale per una organizzazione che, come la nostra, intende insegnare “l'oggi” della vita professionale ai propri studenti. Un sapere olistico, come è quello che costituisce il nucleo delle nostre professioni, non può che giovare di una riflessione sulla conoscenza che nasca, si progetti, sia condotta e giunga a qualche conclusione, necessariamente transitoria, assieme ad altri. Cercare di “sapere” della vita, di illuminare le sue ombre o penombre non è operazione che si possa fare da soli, o anche in circoli molto ristretti, questo è il senso profondo dello sforzo che stiamo facendo e che i progetti presentati in questo numero di SUPSI Health ben rappresentano. I confronti fra i diversi attori dei progetti di ricerca risultano a volte abbastanza fisiologici, in altri casi difficili e, di conseguenza, le conclusioni a cui si arriva possono apparire scarse e non esaltanti. Questo è invece un ulteriore valore aggiunto, a mio giudizio, di questo modo di fare ricerca: porgere conclusioni accordandosi, con spirito di pace e umiltà, su quanto c'è di condivisibile, è un modo intelligente di accettare confronti e sfide, una conquista di saggezza “sostenibile” e rispettosa della propria ed altrui intelligenza.

Per agire in questo modo, il lettore noterà che spesso capita di dover sacrificare sull'altare del realismo qualcuno degli idoli/ideali dei cosiddetti “disegni di ricerca” a cui spesso ci si affeziona, nei primi anni di studio e lavoro. Si badi che non voglio sostenere che il possesso di buone competenze sui possibili schemi con cui condurre ricerche sia inutile: tutt'altro. È proprio a partire da buoni schemi/disegni di ricerca che si arriva al “qui ed ora” di cui i lavori in questo numero rappresentano validi esempi. Solo conoscendo gli innumerevoli rischi che si corrono nella progettazione di un disegno di ricerca è possibile “abitare”, in modo critico e positivo, l'attuale campo della ricerca applicata a cui, nel suo piccolo, il nostro Dipartimento sta portando il suo contributo.

Andrea Cavicchioli

Responsabile Unità di ricerca Dipartimento sanità SUPSI



Dipartimento sanità (DSAN)
CH - 6928 Manno

Realizzazione
Unità di ricerca del DSAN

Hanno collaborato

F. Bignami
I. Bolgiani
M. Borioli
S. Cavalli

A. Cavicchioli
R. Crivelli
V. D'Angelo
S. Dellagiacomma
S. Kunz

L. Lomazzi
B. Masotti
A. Piccaluga-Piatti
C. Sargenti
F. Scalici

sommario



EDITORIALE.....	2
L'OSPITE	
Invecchiamento tra ricerca e società.....	4
LABORATORIO DI RICERCA	
Qualità percepita nelle Case per Anziani ticinesi.....	6
Il progetto Lenemi per determinare i fabbisogni formativi per assistenti alle cure provenienti dall'estero.....	10
Allocazione delle risorse e coerenza del sistema sanitario svizzero.....	14
SPAZIO THESIS.....	18
SEGNALAZIONI.....	19

l'ospite

Invecchiamento tra ricerca e società



Stefano Cavalli, Sociologo
Centre interfacultaire de
gérontologie et d'études des
vulnérabilités & PRN LIVES,
Università di Ginevra.

Autunno 1995, in un'aula dell'Università di Ginevra. L'equipe del Centro interdisciplinare di gerontologia ha appena ultimato un'indagine sull'evoluzione delle condizioni di vita e di salute della popolazione anziana. Una ricercatrice presenta i primi risultati ed evidenzia come, nell'insieme, la situazione degli over 65 sia migliorata nel corso degli ultimi quindici anni, tanto che la maggior parte dei « giovani pensionati » gode di buona salute e ha una vita sociale attiva e soddisfacente. Il dato si contrappone all'immagine, negativa, della vecchiaia in auge all'epoca ed è accolto con sorpresa e scetticismo dal pubblico in sala.

Alcuni presenti, confrontati quotidianamente con la sofferenza di persone anziane affette da pluripatologie, non esitano a intervenire per esternare i loro dubbi.

Trascorrono un paio d'anni e la stessa ricercatrice espone i risultati di analisi più complete e dettagliate a dei colleghi e a degli operatori del settore socio-sanitario.

Le tendenze principali sono confermate, ma è la reazione della platea a stupirmi.

Le perplessità hanno lasciato il posto a una certa indifferenza. Dal fondo dell'aula, si ode un commento a mezza voce: « Ma queste cose si fanno... bisognava pagare dei sociologi perché venissero a raccontarcele? ».

Che cosa è successo nel lasso di tempo intercorso tra le due conferenze?

Le rappresentazioni dell'anzianità sono mutate, in parte anche grazie al contributo della comunità scientifica (infatti, è di quel periodo la pubblicazione del rapporto della commissione federale « Invecchiare in Svizzera », così come delle prime conclusioni del Programma nazionale di ricerca « Vecchiaia »). Sebbene alcuni luoghi comuni restino difficili da estirpare, sembra ormai accertato, e accettato, che anzianità non è sinonimo di malattia, dipendenza e solitudine. Al tempo stesso, si fa sempre più strada nell'immaginario collettivo la necessità di distinguere la « terza età », una nuova fase della vita ricca di potenzialità, dalla « quarta età », caratterizzata da varie forme di fragilizzazione.

È noto che, nelle scienze sociali, poiché si studiano delle realtà contemporanee di cui gli individui hanno un'esperienza più o meno diretta e alle quali attribuiscono un significato, i risultati della ricerca sono sovente messi in discussione e le interpretazioni oggetto di richieste di giustificazione da parte del pubblico « profano ».

Questa problematicità è, a mio avviso, ancor più manifesta quando ci s'interessa a dei processi come quello dell'invecchiamento, che suscita delle emozioni intense e ci spinge a interrogarci sul nostro essere e divenire, o ci si confronta con l'« universo anziani » in perenne trasformazione.

Rendere conto della complessità di questi fenomeni e dei loro cambiamenti, confrontandosi e dialogando con degli attori - l'anziano stesso, ma anche il politico, lo studente in cure infermieristiche, piuttosto che l'operatore sul territorio - che dispongono di un bagaglio di conoscenze e di sensibilità diverse, rappresenta una sfida affascinante per il ricercatore. Ricercatore che farà tesoro degli insegnamenti che ci giungono dalla gerontologia sociale. Di seguito ne ricordo alcuni, senza avere alcuna pretesa di esaustività.

Innanzitutto, è essenziale tener conto del passato dell'anziano, della sua biografia.

La situazione presente, il modo in cui si affrontano eventi e transizioni, dipendono almeno in parte dalle esperienze vissute in precedenza.

Fornire un aiuto, ad esempio, a un uomo o a una donna di 88 anni non significa solo avere a che fare con una persona anziana, fragile e con un rischio piuttosto elevato di soffrire di problemi di salute, ma anche, sembra banale dirlo, con una persona che ha una lunga vita alle spalle.

Ogni esistenza s'inserisce in una successione di tempi storici e luoghi che ne influenzano il corso.

Le caratteristiche degli anziani e il modo di affrontare le ultime tappe della vita non sono imputabili soltanto a dei parametri biologici ma è indispensabile collocare i percorsi di vita in una prospettiva storica.

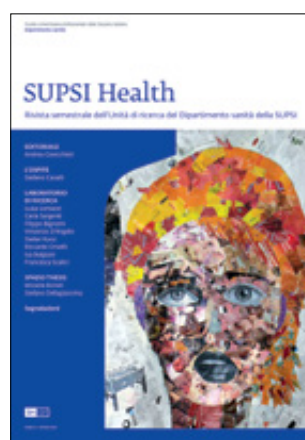
La ricerca deve pure considerare le peculiarità del territorio di riferimento così come i processi migratori che hanno coinvolto un numero crescente di anziani e di *caregivers*.

La ricerca sociale sull'invecchiamento è relativamente giovane e le conoscenze di cui disponiamo si basano sostanzialmente sull'osservazione delle generazioni formatesi all'inizio del XX secolo. Non sappiamo ancora quanto questi insegnamenti siano legati a un momento storico particolare e se le generazioni più recenti seguiranno lo stesso destino. Per rispondere a questo interrogativo e disporre di dati sempre aggiornati, è opportuno rinnovare la raccolta di informazioni e garantire una continuità al lavoro di ricerca. Le grandi inchieste, se possibile di natura longitudinale, sono molto utili a tal proposito e forniscono un quadro generale della situazione. Ritengo però che debbano essere accompagnate da progetti più mirati, che permettano di approfondire delle tematiche specifiche e che favoriscano la pluralità a livello metodologico, così come la diversità e la creatività sul piano concettuale. Bisogna inoltre tener presente che la popolazione anziana non è un *unicum* omogeneo.

Oltre alle già menzionate differenze generazionali o tra persone della terza e della quarta età, vale la pena rilevare che non ci sono altri periodi della vita in cui le disparità tra gli individui - in termini di salute, economiche, relazionali, ecc. - sono così marcate.

Disuguaglianze che trovano la loro origine nei processi di accumulazione di vantaggi e svantaggi nel corso della vita.

Infine, lo sviluppo e l'invecchiamento sono dei fenomeni multidimensionali nei quali giocano un ruolo fondamentale i fattori biologici, ma anche psicologici e sociali. Per rendere conto di questa realtà complessa e articolata è imprescindibile ricorrere a un approccio pluridisciplinare. Ritengo sia altresì importante promuovere lo scambio continuo tra le reti di ricerca, gli istituti di formazione, il mondo professionale e gli enti che operano sul territorio. Queste collaborazioni hanno dei risvolti pratici positivi, ma sono anche proficue dal punto di vista euristico. La ricerca sull'invecchiamento ha tutto da guadagnare immergendosi nella quotidianità, e evitando il confinamento in biblioteche e laboratori.





laboratorio di ricerca

Qualità percepita nelle Case per Anziani ticinesi *Perceived Quality in Homes for the Elderly in Ticino*

Luisa Lomazzi e Carla Sargenti



Luisa Lomazzi è

professoressa e ricercatrice al DSAN (SUPSI) e collaboratrice scientifica IdEP (USI). Sociologa delle organizzazioni ed esperta in valutazione della qualità e management del settore socio-sanitario, Luisa è anche membro del Centro competenze anziani del DSAN.

Carla Sargenti lavora

al DSAN quale docente ricercatrice e membro del Centro competenze anziani. È inoltre responsabile del corso DAS in gerontologia e geriatria e co-responsabile del percorso MAS in Clinica generale.

Abstract

This article presents the project of appraising perceived quality in homes for the elderly in Ticino, carried out in 2010-2011 by a SUPSI (DSAS-DSAN)-USI research team on behalf of the Department of Health and Sociality (DSS). Through administering questionnaires and conducting interviews, both elderly people and those close to them have evaluated the performance offered by the homes, as well as various aspects related to the quality of life within the context of the community. The project involved 1,885 residents and 1,870 families, and highlighted the complete satisfaction of more than half of the residents and families with relation to life in the facilities and the level of quality of the services received. The results of the survey have also allowed us to explore, through the opinions and experiences of the elderly, such fundamental issues as: the centrality of the relational dimension, phases of life, pace of life, and the fears and desires of the people involved.

The survey of perceived quality, repeated over time, allows the creation of a constant flow of communication among users, families and organizations, and is set up as an important tool for participation in the development of services.

Introduzione

Il progetto di rilevazione della qualità percepita nelle Case per Anziani ticinesi¹ ha preso avvio con una fase sperimentale nel 2009 e si è svolto nel biennio 2010-2011 coinvolgendo, mediante la somministrazione di questionari e l'effettuazione di interviste, 1.885 residenti, che rappresentano l'84% delle persone in grado di esprimere le proprie valutazioni e opinioni, e 1.870 persone a loro vicine pari al 50% del totale delle famiglie presenti nelle CpA al momento della rilevazione.

Le scelte operate dalla DASF (Divisione dell'azione sociale e delle famiglie del Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone) nella definizione del sistema di qualità per i servizi agli anziani, nell'ambito dei contratti di prestazione, attribuiscono un ruolo importante alla rilevazione della qualità percepita da utenti, familiari e personale.

¹ Il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) ha affidato la realizzazione dell'indagine ad un team di ricerca SUPSI (DSAS e DSAN) - USI (IdEP) appositamente costituito attingendo alle competenze di esperti della materia, affiancato da un gruppo di accompagnamento formato da direttori di Case per Anziani, rappresentanti delle associazioni delle Case ticinesi ADICASI e ATCA, dalla Capoprogetto, dal Capoufficio e Caposettore dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio della DASF e dalla Caposervizio dell'Ufficio del medico cantonale. Alla ricerca hanno partecipato Michele Mainardi e Anna Bracci (DSAS-SUPSI), Paola Ferrari, Carla Sargenti, Riccardo Crivelli, Laura Canduci, Mauro Realini, Michela Luisoni-Baumgartner e Mara Vanoni (DSAN-SUPSI) e Luisa Lomazzi (USI-IdEP).

Profilo di residenti e familiari

La popolazione dei residenti indagata esclude totalmente gli anziani con condizioni di salute molto compromesse dal punto di vista clinico e/o cognitivo (43.3% del totale residenti presenti nelle Case), che non è pertanto direttamente rappresentata negli esiti della valutazione, mentre oltre l'80% dei familiari che hanno partecipato alla rilevazione dichiara il proprio congiunto con uno stato di salute molto o parzialmente compromesso. Questo elemento fa sì che le due popolazioni indagate, residenti e familiari, entrambe ben rappresentative di componenti parziali della realtà delle Case per Anziani, si completino a vicenda. Il profilo dei residenti intervistati è caratterizzato da una prevalenza di donne, in rapporto di 3 a 1 rispetto agli uomini, da oltre la metà dei residenti che superano gli 85 anni (di cui 16 persone ultracentenarie), con un'età media del gruppo di 84.82 anni, equamente distribuiti tra esperienza di vita in Case per Anziani di breve, media e lunga durata (circa 1/3 per ciascun gruppo).

I 1.870 familiari che hanno valutato la qualità delle prestazioni erogate in Case per Anziani sono per circa 2/3 persone con un'età compresa tra i 31 e i 65 anni, in maggioranza donne e nel 60% dei casi figli. L'86% dei familiari/persona di riferimento si dichiara assiduo frequentatore delle Case (da frequenza quotidiana ad almeno una volta alla settimana). Questi elementi fanno sì che una netta maggioranza di familiari sia in grado di valutare la qualità percepita in modo particolarmente competente.

Soddisfazione complessiva

Oltre la metà di residenti (51.7%) e familiari (51.5%) concordano nel dichiararsi completamente soddisfatti della vita nelle Case per Anziani ticinesi e del livello di qualità delle prestazioni ricevute/erogate, esprimendo valutazioni individuali che si collocano tra il "buono" ed il "molto buono"²; si dichiara insoddisfatto del livello di qualità delle Case (con valutazioni molto vicine alla sufficienza) meno dell'1% dei residenti (14 persone su 1.885) e poco meno del 5% dei familiari (86 su 1.870). Tutte le restanti persone si dichiarano discretamente soddisfatte.

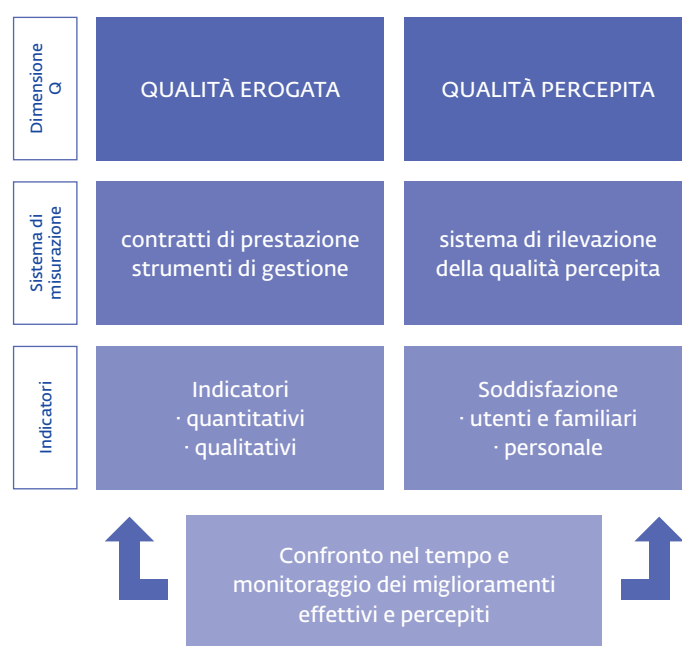


Figura 1. Controllo e promozione della qualità nel sistema dei contratti di prestazione dei servizi agli anziani.

² Per la valutazione si è utilizzata una scala da 1 (insufficiente) a 5 (molto buono).

Qualità percepita nelle Case per Anziani ticinesi

Elementi qualitativi

Al di là dei risultati della valutazione che, in un quadro di soddisfazione generale, hanno consentito di individuare specifiche aree di miglioramento alle singole Case per Anziani e indicazioni di policy a livello cantonale, di particolare interesse si sono rivelati i risultati dei residenti che hanno mostrato un buon livello di libertà di giudizio e la capacità di esprimere liberamente opinioni, critiche e suggerimenti, anche su aspetti delicati e difficili da affrontare, nella componente qualitativa delle interviste.

L'approccio metodologico scelto per la rilevazione della qualità percepita³, è risultato dunque, non solo un supporto importante nell'individuazione delle aree di criticità, ma ancor più un'occasione di conoscenza, confronto e avvicinamento dei diversi punti di vista presenti nei servizi. La scelta di intervistare gli anziani, ha permesso la raccolta di una interessante e cospicua mole di elementi molto utili a comprenderne la mentalità e gli stati d'animo, nonché di raggiungere anche persone con elevata fragilità e/o deficit cognitivi che hanno saputo, in *setting* adeguati, far comprendere le loro opinioni e vissuti.

Un importante *fil rouge* del racconto di vita in Casa per anziani emerso dalle interviste è sintetizzabile con la parola "fretta". In effetti ci si trova in un contesto in cui convivono due estremi rispetto alla risorsa "tempo": da un lato gli anziani, con un tempo dilatato e con la lentezza dei movimenti e delle azioni quotidiane come compagna e, dall'altro lato, il personale che deve garantire a tutti, in tempi ben scanditi, le prestazioni previste, molto spesso "di fretta" e "di corsa".

In questo quadro gli anziani hanno saputo dimostrare una capacità di leggere la realtà in modo acuto e fine, rivelando una grande comprensione nei confronti del personale e della complessità organizzativa: *"Soprattutto alla sera, quando mangiamo, sono subito lì a voler portare via il piatto, ma poveretti, anche loro devono ben tornare a casa!"*, *"L'assistenza è buona però c'è da dire che dopo cena occorre un'infermiera in più. Manca un'infermiera fra le 18.30 e le 20"*, *"Di personale curante per me ce ne sarebbe, ma lavorano tutti a percentuale e c'è poca comunicazione fra loro e questo incide un po' sulla continuità delle cure"*.

Importanza delle relazioni nelle Case per anziani

Oltre ad essere acuti osservatori, le persone residenti raccontano con diverse sfaccettature, la centralità della dimensione relazionale nella vita in Casa per Anziani, che ha come fulcro la relazione con il personale e come elemento da comprendere e su cui lavorare, la relazione tra anziani. In questo senso, se molti anziani hanno ritrovato compagnia, amicizie e piacere della condivisione, altri suggeriscono un ruolo attivo del personale nella ricerca dell'incontro con "l'altro" o con sé stessi, in questa nuova dimensione di vita: *"Ci vorrebbero delle attività apposta per conoscersi. Ognuno deve trovarsi i suoi amici o interlocutori da solo e non è facile"*, *"Mancano momenti speciali di dialogo, ad una certa età abbiamo bisogno di comprensione, entrare meglio dentro di noi, metterci nel profondo per sentire"*. Altri, infine, raccontano bene la fatica del convivere tra persone lucide e persone con capacità cognitive compromesse: *"La relazione con gli altri anziani, non sempre è facile, tanti non sono in grado di sostenere una relazione"*, *"Oggi vivere con persone che non sanno più chi sono e non capiscono è molto difficile, ma se divento anche io così?"*.

Con senso di pudore e rispetto per le persone più compromesse, sono emerse le paure dell'evoluzione del proprio percorso di invecchiamento. Gli "altri" possono diventare a volte una sorta di "spettro" in cui si è obbligati, nella convivenza, a specchiarsi.

³ I questionari utilizzati, hanno consentito una valutazione dettagliata, non solo di tutte le prestazioni offerte dalle Case per Anziani, ma anche di diversi aspetti inerenti la qualità di vita degli anziani nel contesto comunitario. I questionari sono composti rispettivamente, per i residenti da 44 domande, che valutano 99 fattori di qualità, oltre a 9 domande aperte di approfondimento qualitativo, e per le persone di riferimento, da 52 domande di valutazione di 121 fattori di qualità e 11 domande aperte di approfondimento qualitativo.

Anziano tra dipendenza e autonomia

È emersa in molti anziani anche una grande consapevolezza rispetto al proprio stato di salute e ai propri limiti ("Mi accorgo che ricordo poco e che lascio fare tanto agli altri, però vede oggi ho risposto a tutte le domande, forse dovrei fare di più!", "Ormai ho tantissimi acciacchi, ma dovrei forse essere aiutata di meno dal personale così potrei fare di più io", "Le attività di animazione mi risvegliano tanto la memoria, ri-sento la gioventù"), come il piacere di ritrovarsi e provare benessere: "Sono veramente contenta qui. Sono gentili tutti. Mi fanno bene la doccia, sono veramente attenti. Ci viziano proprio. Qui c'è un'attenzione che non ho mai visto da altre parti", "Io ho sempre pitturato tanto, ma poi quando mi sono ammalata ho smesso, perché avevo le formiche alle mani. Quando poi sono arrivata qui, l'animatrice mi ha detto di riprendere e grazie a lei ho iniziato a pitturare nuovamente dopo 10 anni!"

Utilità della rilevazione

Letta dalla prospettiva degli attori principali, la Casa per Anziani appare un universo vitale, con potenzialità di sviluppo finora ancora poco percorse e che, mediante l'ascolto approfondito e "neutro" della rilevazione, permetterà la costruzione di percorsi evolutivi condivisi, ricchi di elementi di motivazione per tutti. In questa accezione la rilevazione della qualità percepita diventa dunque:

- un costante flusso di comunicazione di idee e informazioni tra utenza, famiglie ed organizzazione, fonte di innovazioni e cambiamenti rilevanti;
- un importante processo di *empowerment* dell'utenza;
- uno strumento di partecipazione all'evoluzione del servizio.

Sviluppi futuri

Nel corso del quadriennio 2012-2015, viene ripetuta la rilevazione della qualità percepita da utenti, familiari e personale delle Case per Anziani ed il medesimo sistema di valutazione della qualità viene introdotto anche nei Centri diurni terapeutici e nei Servizi di Assistenza e Cura a domicilio pubblici e privati.

Il Cantone e gli enti che operano nei settori degli anziani e delle cure a domicilio disporranno così di un sistema uniforme che produrrà risultati confrontabili nel tempo. Questo consentirà di conoscere e seguire in modo più approfondito lo sviluppo dei bisogni, delle caratteristiche e delle esigenze degli utenti, tanto con uno sguardo al miglioramento dei servizi stessi, che ad una conoscenza anticipata dei futuri fruitori delle Case per Anziani, favorendo politiche ed interventi sempre più armonici e tempestivi.

Bibliografia

- Falini, A., L. Lomazzi, M.G. Ventura. 2004. *I sistemi di qualità nei servizi socio-sanitari*, Milano: IPSOA.
- Favretto, G. 2007. *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Milano: Franco Angeli.
- Franci, A., M. Corsi (a cura di). 2001. *La qualità percepita nei servizi socio-sanitari*, Maggioli Editori.
- Lomazzi, L. 2011. La valutazione della soddisfazione nelle RSA: appunti per orientarsi. *I Luoghi della Cura*, Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, N°3: 26-29.
- Lomazzi, L. 2003. La qualità percepita nei servizi agli anziani. In *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, ed. Tanese, A., G. Negro, A. Gramigna, P. A. Cantieri (a cura di). Ed. Rubbettino.
- Trabucchi, E., E. Brizioli, F. Pesaresi (a cura di). 2002. *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna: Il Mulino.
- Taccani, Tramma, Barbieri-Dotti. 1997. *Gli anziani nelle strutture assistenziali*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.



laboratorio di ricerca

Il progetto Lenemi per determinare i fabbisogni formativi per assistenti alle cure provenienti dall'estero

The Lenemi project to determine learning needs for care assistants from abroad



Filippo Bignami è ricercatore senior all'Unità di ricerca del DSAN (SUPSI) e presso l'Istituto Universitario Federale per la Formazione Professionale (IUFPF). È consulente scientifico per United Nations, International Labour Office (ILO) ed ha un dottorato in Scienze politico-sociali.

Vincenzo D'Angelo è docente al DSAN (SUPSI) e sociologo esperto in sanità e scienze infermieristiche.

Stefan Kunz è ricercatore senior all'Unità di ricerca del DSAN (SUPSI). Ha un dottorato in management pubblico ed è esperto di performance dei sistemi sanitari.

Filippo Bignami, Vincenzo D'Angelo e Stefan Kunz

Abstract

The skill profiles of care assistants are undefined at the European level, so consequently these people neither have a definition of training, nor are there tools to identify the most useful learning needs in order for them to carry out their work. Therefore, it has been recognized that there is the need to initiate a process of reflection and intervention within the European sphere on this issue. The main objective of LENEMI (Learning Needs of Migrant Caregivers) is a first selected mapping, that is, a limited sampling, within different European contexts, of the characteristics of competence and training requirements emerging for these care assistants. Briefly, the result is the identification of several characteristics of care assistants from the sample and the exploration of emerging training needs within a framework of European compatibility and recognition of the skills profile.

La realtà delle assistenti di cura in Europa

I profili di competenze di assistenti alle cure, usualmente denominate badanti, sono indefiniti a livello europeo in quanto spesso hanno quadri definitivi differenti (e talvolta vaghi) anche all'interno dei vari stati e non hanno conseguentemente una definizione di percorso formativo né vi sono strumenti condivisi per individuarne i fabbisogni formativi utili a svolgere al meglio il loro lavoro. È ravvisabile dunque la necessità di avviare un percorso di riflessione ed intervento in ambito europeo su questa tematica, in quanto si tratta di una professionalità (non ancora di una professione) ove è elevata la mobilità migratoria.

Il progetto Lenemi ha come target gli immigrati che lavorano e/o desiderano lavorare nel settore sociale e sanitario. Il target indiretto e finale è costituito, di conseguenza, dagli anziani che hanno bisogno di assistenza giornaliera, dalle loro famiglie ed anche dalle diverse istanze che si occupano di formazione e politiche sociali ai vari livelli. La conseguenza dell'invecchiamento della popolazione europea è una crescente domanda di cura. I dati forniti dalla Comunità Europea segnalano che ci sono 25 milioni di persone con malattie croniche/disabilità, di cui il 60% (15 milioni) necessitano di aiuto nelle attività della vita quotidiana. Il numero di persone con più di 80 anni era di 18 milioni nel 2004, e si prevede che raggiungeranno i 50 milioni entro il 2050. D'altra parte si è di fronte ad una riduzione del numero di operatori sanitari e di cura in grado di assistere tutte queste persone; ciò crea quindi dei vincoli nella fornitura di assistenza formale.

Nuovi stili di vita e modelli familiari (famiglie più piccole, persone che vivono sole) stanno modificando le modalità di fornitura di assistenza formale ed informale. Di conseguenza ci si aspetta che, in un prossimo futuro, il modello di cura in Europa sia costituito da un mix/alternanza di URC (unità residenziali di cura) e di assistenza domiciliare, attraverso una combinazione di (meno) assistenti familiari non retribuiti e di assistenti di cura a pagamento. Accade sovente che una quota crescente di questi assistenti di cura sia costituito da persone migranti, in pressoché totalità donne.



Le persone che forniscono assistenza socio-sanitaria possono o meno essere professionalmente qualificate e pagate. Se vengono pagate, il loro salario può essere a carico di istituzioni pubbliche o private, delle famiglie o direttamente della persona che riceve le cure. Il lavoro può essere svolto in un ambito istituzionale, in un ambiente residenziale o domestico. Quando ci si riferisce all'ambiente domestico, di solito ci si riferisce a tre tipologie di assistenti di cura:

- familiari od amici, vicini, volontari;
- operatori sanitari professionalmente qualificati, o lavoratori sanitari, dipendenti di enti erogatori di assistenza pubblici o privati;
- assistenti personali, pagati, di solito non formalmente qualificati, alle dirette dipendenze delle persone che assistono o dei loro famigliari (identificati come "badanti" in Italia, lavoratori di assistenza domiciliare od assistenti personali in Francia e nel Regno Unito, assistenti domestici o badanti informali in altri paesi).

Il progetto Lenemi

Il progetto europeo Grundtvig Learning partnership Lenemi (Learning needs of migrant caregivers), avviato nel 2011 e terminante quest'anno, mira ad una prima mappatura selezionata, a campionatura limitata, in diversi contesti europei, delle caratteristiche di competenza e dei fabbisogni formativi emergenti per le assistenti alle cure, con attenzione preminente alle persone immigrate che svolgono tale professione.

Data la natura del progetto (Learning partnership a valenza di focalizzazione di un tema da sviluppare), Lenemi si configura anche come intervento progettuale volto al consolidamento della partnership ed una focalizzazione della tematica per strutturare iniziative future. I partner del progetto sono: Studio TAF (Italia) - partner coordinatore; SUPSI-DSAN (CH); Kaplan Consulting (Francia); West Lothian College (Gran Bretagna); Znanie Association (Bulgaria).

La partnership ha lo scopo di elaborare in via preliminare un differente approccio alla formazione sulla base delle esperienze di coloro (migranti, anziani e loro famiglie) che sono già coinvolti nel dare/ricevere le cure in casa o nelle URC, in modo realizzare una formazione maggiormente adeguata alle esigenze specifiche e pratiche delle assistenti alle cure migranti ed agli ostacoli che di solito esse incontrano nella loro attività.

Attraverso interviste individuali e di gruppo, i partner del progetto hanno raccolto in modo diretto le informazioni circa le esigenze di formazione/apprendimento del gruppo target sulla base delle esperienze dirette che ciascuno degli intervistati sta vivendo. Particolare attenzione è data alle differenze culturali e linguistiche.

I partner del progetto appartengono a paesi particolarmente impegnati a risolvere i problemi e sviluppare le cure per le persone anziani fragili ed a realizzare un'ottimale inclusione sociale dei migranti che lavorano come assistenti di cura.

Il progetto Lenemi per determinare i fabbisogni formativi per assistenti alle cure provenienti dall'estero

Il progetto intende fornire una prima prospettiva internazionale di massima circa un nuovo approccio alla formazione formale ed informale per i migranti che assistono anziani che vivono soli o con le loro famiglie. Questo approccio si basa su un'indagine preliminare effettuata dai partner del progetto. L'indagine ha raccolto informazioni circa le caratteristiche della formazione per assistenti di cura degli anziani nei paesi che partecipano a questo partenariato. I risultati delle prime interviste, che saranno oggetto di specifica pubblicazione, in quanto ancora in corso di elaborazione, hanno già evidenziato una serie di fattori critici, così sintetizzabili:

- 1) la durata dei corsi varia in modo significativo anche all'interno dello stesso paese;
- 2) in molti casi i migranti devono già parlare correntemente la lingua locale prima di essere ammessi alla formazione;
- 3) una volta che la formazione è completata, spesso non sono previste sessioni di aggiornamento e le persone sono sovente lasciate a lavorare da sole con la famiglia o nella unità residenziale di cura (URC) (ad esempio una casa anziani) senza la possibilità di accedere a perfezionamenti professionali o ad altre forme di aiuto sia di tipo professionale come di tipo sociale e/o assistenziale, per risolvere i problemi che si trovano via via ad affrontare.

Per giungere agli obiettivi del progetto e nell'attuare le azioni descritte, *in primis* effettuando le interviste dirette ai bisogni formativi del gruppo target, la partnership intende far riferimento alle esperienze di vita e lavoro reali delle persone coinvolte. Si è convinti che sia possibile valutare gli esiti della formazione solamente dopo che si è lavorato effettivamente sul campo. Inoltre, è solo analizzando la complessità e multidimensionalità delle sfide che ogni giorno, ai domicili privati o nelle URC, coinvolgono coloro che erogano assistenza che sarà possibile identificare chiaramente quali aspetti della formazione sono carenti o necessitano di essere ampliati. Particolare attenzione è data anche alle differenze culturali e linguistiche che possono creare ostacoli nei rapporti tra la persona curata, la famiglia ed altri professionisti sociali/sanitari coinvolti nelle attività di cura.



Gli incontri internazionali

L'obiettivo principale del primo incontro, tenutosi a Genova, in Italia, in novembre 2011, è stato quello di concordare una bozza dell'intervista-tipo. I partner hanno partecipato attivamente a un laboratorio nel quale ciascuno ha contribuito illustrando le specifiche esperienze in materia di assistenza di anziani non autosufficienti relative al paese/regione specifica di appartenenza, nonché la formazione e le condizioni di lavoro dei caregivers. Una lista di questioni cruciali è stata costruita dopo la discussione, e nei mesi successivi si è elaborata la versione definitiva dell'intervista, che successivamente è stata somministrata nei diversi paesi a circa 60 persone.

L'incontro svizzero di Manno-Lugano, presso SUPSI-DSAN del giugno 2012 ha permesso un primo passaggio valutativo delle interviste condotte sino a quella data. I lavori dell'incontro svizzero, in sintesi, si sono concentrati su:

- stato dell'arte delle interviste con discussione dei primi risultati e delle indicazioni qualitative, con individuazione di tematiche emerse dalle interviste effettuate e dei criteri di codifica, da approfondire nel terzo incontro di Sofia (Bulgaria);
- workshop presso SUPSI-DSAN con le presentazioni dei partner e di diversi argomenti e ricerche in atto da parte di SUPSI;
- prossimi passi prospettici del progetto, ivi incluse eventuali ulteriori possibilità di progetti con il medesimo partenariato ed analisi delle interviste in chiave di possibile pubblicazione scientifica.

I successivi incontri di Sofia (Bulgaria) nell'ottobre 2012 e di Parigi in febbraio 2013 si sono focalizzati su pratiche di assistenza, sulla sistematizzazione delle interviste nel frattempo concluse e nella loro elaborazione, in vista di una pubblicazione scientifica dei risultati e della preparazione del meeting finale di progetto, previsto ad Edinburgo (Scozia) ad inizio estate 2013, con anche funzione di lancio di progettualità prospettiche per la partnership.



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme



laboratorio di ricerca



Allocazione delle risorse e coerenza del sistema sanitario svizzero

Allocation of resources and consistency within the Swiss health care system

Riccardo Crivelli, Dottore in scienze economiche, è Professore SUPSI al DSAN e Chargé de cours all'Università di Ginevra.

Iva Bolgiani, Dottore in scienze economiche e sociali, è docente all'Università di Ginevra e all'Università della Svizzera Italiana ed è collaboratrice scientifica presso la Divisione della salute pubblica.

Francesca Scalici, è laureata in Scienze Politiche e ha un Master interdisciplinare in Public Management e Analisi delle Politiche Pubbliche. È collaboratrice scientifica presso il Servizio Pari Opportunità dell'Università della Svizzera Italiana (USI) ed è candidata ad un dottorato di ricerca presso l'Istituto di Comunicazione e salute (USI).

Riccardo Crivelli, Iva Bolgiani e Francesca Scalici

Abstract

The Swiss health care system is of excellent quality, is complex, is based on federalism and is expensive. All this is well known, almost to the point of being a cliché. Yet, just by following, even with minimal attention, the news and debates around the issues of regional and national health policy, one realizes that there is more to the question. Let us ask ourselves: who are the actors in the system? What interests do they have? What is their area of decision making? On what basis and through what processes do they make their choices? Are these choices consistent with each other and do they converge towards common, shared goals of the federal government, of the cantons, of health insurers, of suppliers of services, and of citizens, insured individuals and patients? The research presented here¹ is an attempt to give substance to these questions, allowing us to overcome the rather obvious aspects of the characteristic features of the system, and instead to highlight a problematic background which has been protracted over time: an unresolved conflict inherent in the Swiss health care system. This finds its expression of maximum synthesis in the difficulties of ensuring a balanced, coherent, shared "governance" of important resources – financial, human, technological, infrastructural – which are allocated by the various centres within the system.

Introduzione

Per individuare e capire le dimensioni relative alla coerenza e ai sottostanti meccanismi di allocazione delle risorse nel sistema sanitario svizzero, ossia della loro ripartizione secondo principi di giustizia sociale, sono stati scelti ed indagati cinque temi analitici d'attualità: la pianificazione ospedaliera, il finanziamento delle cure, la riduzione dei premi dell'assicurazione malattia, la clausola del bisogno in ambito di demografia medica ambulatoriale e il commercio dei farmaci. Ognuna di queste problematiche è stata studiata in 7 cantoni - Berna, Friburgo, Ginevra, Giura, Neuchâtel, Ticino e Vaud² - analizzando le realtà organizzative ed amministrative, rapportandole alla Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) e ai suoi principi e valori fondamentali, in particolare la solidarietà, l'economicità, la qualità e l'efficacia del sistema e delle prestazioni di cura.

¹ The research project in question was made in the context of the Fondo Nazionale della Ricerca Scientifica DORE. See Rossini S., R. Crivelli, I. Bolgiani, A. Clausen, D. Prelaz, F. Scalici. 2012. *Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé*, Rapport final de recherche. Fonds national de la recherche scientifique DORE. Projet Nr. 13DPD6_127248. Haute école de travail social et de la santé EESP, Lausanne. Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana (University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland), Dipartimento sanità (Department of Health Sciences and Professions), Manno-Lugano.

² Il campione si caratterizza per la diversità e la complementarità delle situazioni dal punto di vista geografico, demografico, culturale, linguistico, politico, ma anche per la diversificata organizzazione amministrativa e presenza di strutture sanitarie sui rispettivi territori cantonali.

Le fondamenta istituzionali elvetiche - il federalismo, la sussidiarietà o il liberalismo - sono *ipso facto* anche alla base dell'elaborazione e applicazione delle politiche sanitarie e costituiscono il substrato di riferimento della ricerca. Le politiche sanitarie cantonali e le diverse situazioni che ne risultano, sia dal punto di vista dell'organizzazione del sistema sanitario (ripartizione delle competenze, definizione dell'offerta, regolamentazione e legislazione cantonale), sia delle disparità per i cittadini, sono facilmente percettibili e la ricerca ha permesso di oggettivarle attraverso una rigorosa ricostruzione e documentazione di tali pratiche nei cantoni indagati. Essa mostra in che modo i diversi campi d'azione delle politiche sanitarie si costruiscono, si trasformano e, in alcuni casi, si de-costruiscono³. Indaga le modalità d'azione dei cantoni nell'ambito dei margini di manovra loro concessi e offre uno sguardo analitico sulla relazione, per certi versi problematica, tra Confederazione e cantoni nell'applicazione della LAMal. I meccanismi di funzionamento e di *governance* della politica sanitaria sono così "scorticati" e messi in rilievo. Riprendendo le tipicità abitualmente attribuite al sistema sanitario svizzero, si può sommariamente render conto di alcuni aspetti inediti o per lo meno sottovalutati, che la ricerca ha permesso di evidenziare.

Federalismo ingarbugliato

Il federalismo, che dovrebbe o potrebbe essere una preziosa virtù, in realtà rischia di diventare un vizio del sistema. In effetti, lo studio parallelo dei temi nei diversi cantoni analizzati rivela inequivocabilmente una situazione problematica: assenza di obiettivi comuni nella definizione delle politiche sanitarie settoriali e di riferimenti e criteri uniformi nell'applicazione della legislazione federale - nonostante il lodevole tentativo di armonizzazione da parte della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità -, disparità molteplici nell'allocazione delle risorse, incoerenze decisionali e azioni intrise di elementi di natura estranea ai riferimenti propri della politica sanitaria.

Così, districarsi tra la miriade di norme cantonali per trovare il bandolo della matassa e, magari, individuare il *fil rouge* che tiene assieme le politiche sanitarie cantonali risulta pressoché impossibile. Troppe diversità, troppe norme e troppe opacità. Tutto ciò rende estremamente

difficile distinguere il sottile confine tra differenze - che il federalismo dovrebbe permettere di assumere dandone adeguate e, appunto, differenziate risposte - e disparità - che il federalismo dovrebbe - ovviamente - guardarsi bene dall'alimentare.

Questo rilievo vale per tutti i campi indagati - ad eccezione del commercio dei farmaci, il cui ambito di riferimento resta quello federale - ma assume certamente forme estreme in alcuni di essi, come ad esempio nel caso dell'impostazione dei principi e dell'applicazione delle norme cantonali per la riduzione dei premi dell'assicurazione malattia.

Qui, l'incoerenza del sistema è molto elevata e può manifestarsi in iniquità e disparità di trattamento dei cittadini da un Cantone all'altro, dando così del federalismo un'interpretazione perlomeno discutibile.



Governance esitante

Il sistema sanitario elvetico è fortemente ancorato alla costruzione liberale delle istituzioni politiche e della messa in opera delle politiche pubbliche.

Lo Stato, che formalmente gioca un ruolo sussidiario, in realtà è chiamato ad assumere un ruolo regolatore in un'infinità di modi e in moltissimi ambiti: sul piano federale, tra Confederazione e cantoni, tra questi e i numerosi attori privati che partecipano alla produzione e alla distribuzione delle prestazioni sanitarie.

³ Vedi il caso della clausola del bisogno per l'apertura di studi medici: introdotta a titolo temporaneo (2002), rinnovata a più riprese, decaduta a fine 2011 e ora nuovamente riesumata, sebbene modificata.

Allocazione delle risorse e coerenza del sistema sanitario svizzero

In effetti, in tutti i campi studiati, questa impostazione della *governance* del sistema - indecisa tra liberalismo e regolazione - è tale da interferire sulla definizione e sull'organizzazione dell'offerta di prestazioni e pertanto sull'intensità dell'applicazione delle norme federali. Settore pubblico e settore privato in ambito di pianificazione e finanziamento ospedalieri; cantoni e assicuratori (casse malati) nel campo della riduzione dei premi dell'assicurazione malattia; cantoni e medici per quanto riguarda la clausola del bisogno; cantoni, comuni, fornitori di prestazioni residenziali (case per anziani) e ambulatoriali (servizi di assistenza e cura a domicilio) nell'ambito del finanziamento delle cure, e infine Confederazione e settore farmaceutico per la produzione ed il commercio dei farmaci, sono l'espressione tangibile di questa variegata ed esitante modalità di *governance* del sistema, che riunisce *à la carte* attori pubblici, para-pubblici e privati, nonché delle tensioni che ne risultano nella prospettiva di una regolazione imposta dagli obiettivi (comuni) di accessibilità, economicità ed efficacia sanciti dalla LAMa. Ciò può spiegare come mai, al di là di un'apparente armonia, emergono un'infinità di problemi e malintesi tra gli attori, con il rischio costante di minare la coerenza dell'intero sistema e delle sue modalità di impiego delle risorse. Per la cronaca: si pensi alla nota problematica della restituzione da parte dei cantoni beneficiari delle riserve eccessive accumulate negli anni 1996-2011 a seguito di premi di cassa malati troppo elevati prelevati in alcuni cantoni, tra i quali il Ticino, ciò che, in assenza di una soluzione condivisa sul piano nazionale, metterebbe in discussione il principio di solidarietà confederale tra i cantoni e dunque lo stesso federalismo.

Giustizia sociale discrezionale

La dimensione etica e sociale della sanità è innegabile: i sistemi sanitari aspirano ad assicurare a tutti i cittadini l'accesso universale alle cure, indipendentemente dallo statuto socio-economico o da altri fattori, quali le diversità etniche, culturali, religiose, demografiche. È, questa, una concezione della sanità come di un diritto piuttosto che di un prodotto da acquistare. Ora, il sistema sanitario svizzero è costruito su innumerevoli regole che, almeno formalmente, cercano di assicurare questi diritti, in un'ottica di giustizia sociale. Ma, al di là delle enunciazioni di principio, come siamo messi nella loro applicazione concreta? Nonostante le difficoltà di reperimento e di "lettura" delle modalità di traduzione dei principi etici dichiarati in politiche e azioni effettive, la ricerca ha permesso di rilevare nei diversi ambiti d'indagine una disomogeneità di una certa importanza. Qualche esempio: in materia di riduzione dei premi a favore delle categorie economiche modeste ogni cantone ha definito una "propria" interpretazione di giustizia sociale; in materia di regolazione della demografia medica (clausola del bisogno), il congelamento delle autorizzazioni all'apertura di nuovi studi medici si è trasformato in una flagrante discriminazione nei confronti dei giovani medici intenzionati ad intraprendere la libera professione; nel campo del commercio dei medicinali, dove la regolazione statale non ha mai scalfito più di tanto il principio della libertà economica basata sulla concorrenza, le industrie farmaceutiche hanno privilegiato gli investimenti nei farmaci a forte potenziale economico, a discapito di quelli meno redditizi ma non per questo meno importanti per la cura di certe malattie (i cosiddetti medicinali "orfani"). Risorse importanti, ma per definizione limitate, richiedono una riflessione sulla dimensione etica relativa al loro impiego: non soltanto da parte degli operatori sanitari, al capezzale del paziente, ma primariamente anche da parte delle istanze politiche e dei gestori delle istituzioni sanitarie.

Geometria dei poteri

Ad ogni livello - dalle pratiche cliniche ai meccanismi di gestione delle strutture e dei servizi sanitari, alle istanze decisionali della politica sanitaria e del suo finanziamento - il sistema sanitario è un complesso e complicato spazio di interessi, aspirazioni, conflitti e rivendicazioni: in una parola, di poteri. Ora, nonostante il prodigarsi da parte delle Autorità competenti, la convergenza di questi poteri verso un equilibrio non è per nulla scontata. In realtà, le tensioni sono sempre latenti e la diversa interpretazione degli accordi raggiunti sfocia quasi sempre in nuovi conflitti, in malintesi riguardo all'applicazione da parte dei cantoni delle leggi federali o riguardo ai legittimi interessi delle diverse parti in causa rispetto all'interesse pubblico preponderante perseguito dalla LAMal.

Iniziative popolari - per esempio l'iniziativa a favore dei medici di famiglia -, referendum - per esempio il referendum contro la revisione della LAMal sul Manged Care -, annosi contenziosi sulle tariffe tra fornitori di prestazioni - per esempio tra medici, ospedali e altri operatori sanitari da un lato e assicuratori malattie dall'altro-: ecco alcuni ambiti in cui gli attori del sistema esercitano i propri poteri particolari.

Un aspetto, significativo e quandanche inquietante, emerso dalla ricerca è il fatto che a volte l'intesa politica già di per sé tutt'altro che scontata, per esempio tra il Consiglio federale e le Camere, o tra i diversi partiti, o ancora tra la Confederazione e i cantoni, non trova riscontro nell'azione dei diversi partner operativi del sistema (assicuratori, fornitori di prestazioni, cittadini/assicurati/pazienti) che, non condividendo l'accordo politico raggiunto, non solo lo superano esasperando i conflitti ma, eventualmente, lo portano in tribunale o lo trasformano in un facile capro espiatorio.

Infine, stando ai risultati emersi dall'analisi dei cinque campi di studio, si direbbe che si stia delineando una sorta di "globalizzazione nazionale", tale da rimettere in discussione lo stesso federalismo sanitario elvetico: non si sta forse delineando una contraddizione tra le logiche federali - che sembrerebbero privilegiare il mercato e i principi della libera concorrenza - e le logiche cantonali, costrette ad assumere il compito di regolazione del sistema per assicurare il rispetto dei principi di economicità e qualità (efficienza ed efficacia), ma anche di solidarietà e giustizia sociale?


Conclusioni

Si conferma e si rafforza la necessità di ripensare e chiarire le modalità organizzative, di *governance* e soprattutto di definizione dei principi, degli obiettivi e dei mezzi della politica sanitaria svizzera. Allocazione ottimale delle risorse, economicità e qualità delle prestazioni sanitarie, solidarietà e giustizia sociale sono, in questa prospettiva, gli assi fondamentali - centrali e complementari - per orientare le modalità di definizione dell'offerta e dell'accesso universale alle cure. In quest'ottica, sarà interessante vedere come sarà tradotta in azioni politiche effettive e concrete la strategia globale per la sanità pubblica (Sanità2020) adottata e resa pubblica a inizio 2013 dal Consiglio federale.



spazio thesis

Micaela Borioli e Stefano Dellagiacomma, MAS in Clinica generale



Di seguito presentiamo il protocollo per uno studio clinico pre-post elaborato nell'ambito del percorso di Master in Clinica generale.

Partendo dal presupposto che nell'emergenza pre-ospedaliera il dolore è ancora sottovalutato e non adeguatamente trattato – circa il 50-80% dei pazienti giunge in ospedale con una terapia analgesica inadeguata (Todd et al, 2007) – abbiamo deciso di lavorare a un protocollo che testi l'efficacia analgesica della Ketamina "low-dose" (0,1 mg/kg) associata alla Morfina (0,1 mg/kg).

In Ticino, da oltre 20 anni, il dolore viene trattato dai soccorritori diplomati con Morfina endovenosa che, pur essendo il farmaco di scelta, ha numerosi effetti collaterali e qualche controindicazione clinica. Alcuni studi (Johansson et al, 2009; Jennings et al, 2012), anche se su campioni limitati, hanno valutato l'efficacia dell'associazione di ketamina e morfina a basse dosi. Questa associazione viene utilizzata in alcuni servizi ambulanza, e la ketamina viene somministrata da infermieri specializzati e medici. Considerati i risultati positivi degli studi citati, sia per quanto riguarda l'efficacia che la sicurezza della somministrazione, dall'aprile 2013, i Servizi Ambulanza introdurranno l'associazione di morfina e ketamina per il trattamento del dolore. I risultati ottenuti andranno confrontati con quelli di un gruppo di pazienti, trattati nei 4 mesi precedenti con sola morfina, per confermare su un campione numeroso, efficacia e sicurezza della terapia somministrata dai soccorritori professionisti diplomati.

Allo studio parteciperanno 4 servizi ambulanza: SALVA, Croce Verde Bellinzona, Tre Valli Soccorso e del SAM Grigioni. Saranno valutati i dati di tutti i pazienti soccorsi per problemi di origine traumatologica o internistica, con dolore ≥ 3 sulla scala visiva analogica (SVA 0-10). Saranno escluse dall'analisi le schede dei pazienti <18 anni, che non riescono per problemi fisici o psichici ad usare la SVA, che utilizzano cronicamente oppiacei e non comprendono la lingua italiana.

Per valutare la sicurezza della somministrazione verranno raccolti i dati sui possibili effetti collaterali dei farmaci. Ci si aspetta, a 5 minuti dalla somministrazione, un buon stato di coscienza per tutti i pazienti (Glasgow Coma Scale-GCS<14-15>), e che non ci siano differenze nel gruppo trattato con Ketamina a basse dosi per presenza di allucinazioni, di agitazione psicomotoria (>5 scala di sedazione di Riker), problemi respiratori e nausea rispetto al gruppo di trattato con Morfina.

I pazienti, come di routine, saranno monitorati ogni 5 minuti, fino all'arrivo in ospedale: GCS, parametri vitali (polso, pressione), saturazione di ossigeno, ritmo cardiaco con elettrocardiogramma, dolore (SVA), complicanze quali allucinazioni, nausea a vomito (SI/No). Le informazioni saranno riportate su una scheda ad hoc.

In base ai risultati degli studi già citati ipotizziamo che nei pazienti con dolore >6, dopo 5 minuti dalla somministrazione endovenosa, ci sarà una differenza del 50% dei livelli di dolore nel gruppo Ketamina-Morfina® (0.1mg/kg- 0.1mg/kg) rispetto al gruppo Morfina® (0.1mg/kg), e di almeno il 30% nei pazienti con dolore >3 e <6 (obiettivo secondario). Per identificare una riduzione del 50% in più della SVA, occorrono dunque 21 pazienti per gruppo. Ipotizzando che 1/3 possa non dare il consenso, saranno reclutati 30 pazienti con dolore >6 per tipologia di problema. Si stima di raccogliere i dati su almeno 200 pazienti, di cui il 50% con dolore <6. Ai pazienti sarà chiesto il consenso all'utilizzo dei dati, tramite lettera preaffrancata, inviata entro 2-3 giorni dal soccorso. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Cantonale.

segnalazioni



SMARTERehab: corso di introduzione

Seminario di due giorni

23-24 novembre 2013
 SUPSI, Dipartimento sanità, Manno
 Info: www.supsi.ch/fc

Terapia elastocompressiva

Giornata formativa

26 ottobre 2013
 SUPSI, Dipartimento sanità, Manno
 Info: www.supsi.ch/fc

Prima giornata cantonale delle cure palliative

Martedì 28 maggio 2013
 Palazzo dei congressi, Lugano
 Info: www.palliative-ti.ch



Editore

Scuola universitaria professionale
 della Svizzera Italiana
 Dipartimento sanità

Foto di copertina

Selezione del collage "L'allievo in stage",
 creato dagli utenti del Club '74
 dell'OSC di Mendrisio.

Stampa

La Buona Stampa SA
 CH-6900 Pregassona

Tiratura

1000 copie

Questa pubblicazione è stata stampata
 su carta FSC con inchiostri biologici,
 in pieno rispetto dell'ambiente.

SUPSI Dipartimento sanità,
 CH-6928 Manno, www.supsi.ch/dsan

© Scuola universitaria professionale
 della Svizzera italiana

