

ISSN 1723 - 7750

In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente  
previo addebito pagamento resi.

# LUOGHI DELLA CURA



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Anno IV - N. 1 - marzo 2006 - Trimestrale



**CIC** Edizioni Internazionali



## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura, Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

### Area pubblicità

Patrizia Arcangoli, responsabile (Roma)  
arcangoli@gruppic.it

### Area marketing & sviluppo

Claudio Donati  
donati@gruppic.it  
Antonietta Garzonio  
garzonio@gruppic.it  
Carla Sgarbi  
sgarbi@gruppic.it

### CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

#### Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma  
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688  
E-mail: info@gruppic.it  
Sito web: www.gruppic.com

### Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)  
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

### Stampa:

Litografica '79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di marzo 2006

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) La informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

© Copyright 2006



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

La dimensione antropologica nell'anziano

Antonino Frustaglia, 5

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Analisi dei dati derivanti dall'utilizzo della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza in 37 RSA della Lombardia

Fabrizio Giunco, 7

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

Le ustioni nell'anziano con demenza: un problema che scotta

Alberto Apostoli, 16

## ESPERIENZE

Percorsi protetti per gli anziani: esperienza dell'U.O. di Geriatria presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

E. Maltagliati, M. Ferretti, A. Rossetti, 19

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

L'anziano demente e la sua famiglia: curare le relazioni familiari per curare il paziente

Rosa Della Bona, 21

## Essere nonno

Matteo Perrini, 27

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

R.L. Kane & Joan C. West

It shouldn't be this way. The failure of long term care

Marco Trabucchi, 29

## NURSING GERIATRICO Collana diretta da M. Trabucchi

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

## MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

Prima edizione italiana dalla II edizione inglese  
a cura di Marco Trabucchi

Volume broccurato di 564 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali





C.K. Cassel, R.M. Leipzig, H.J. Cohen, E.B. Larson, D.E. Meier

# MEDICINA GERIATRICA

## Un approccio basato sull'evidenza

Prima edizione italiana dalla IV edizione inglese  
a cura di Marco Trabucchi

Volume cartonato  
di 1264 pagine  
f.to cm 21x28  
€ 150,00

### Dalla presentazione dell'edizione italiana

La lettura dell'indice dà al lettore l'immediata percezione del valore di questo volume; non ne faccio quindi la perifrasi, se non per sottolineare l'equilibrio tra aspetti legati alla patologia d'organo e di apparato e aspetti che riguardano l'approccio complessivo al paziente geriatrico, che riflette la concretezza delle condizioni cliniche e delle domande di assistenza. È infatti artificiale, e spesso dannosa, la separazione tra la competenza legata a specifiche malattie e quella legata alla gestione del paziente: il geriatra è un bravo medico proprio perché sa leggere la multidimensionalità della condizione del suo paziente e sa rispondervi in modo altrettanto multidimensionale. Ciò significa trattare un cuore malato, assieme ad un polmone e ad un rene, avendo la chiara visione di patologie d'organo collocate in un organismo reso fragile dall'età, spesso da una lunga storia di malattia e che vive in situazioni psicosociali precarie.

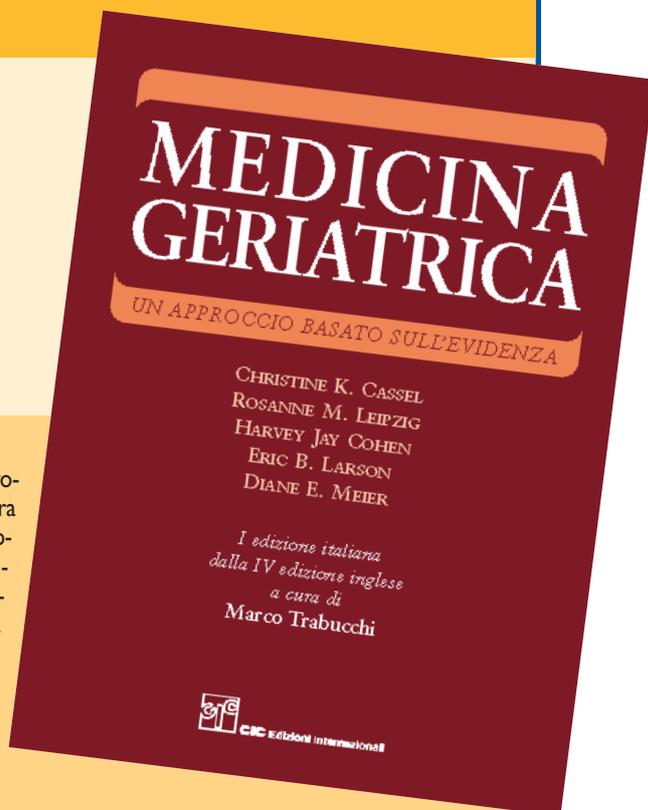
...

La formazione del medico sui temi della geriatria diviene uno degli aspetti strategici della medicina contemporanea in presenza dei ben noti fenomeni demografici ed epidemiologici; un fallimento in quest'ambito comporterebbe grandi sofferenze per l'anziano ammalato ed una crisi strutturale della medicina, perché si dimostrerebbe incapace di collegare i propri enormi avanzamenti tecnologici con un vero progresso dell'arte di curare. Il medico di questo nostro tempo ha quindi una responsabilità primaria: dare alle persone che a lui si affidano, e che sono sempre più vecchie e compromesse sul piano clinico e funzionale, risposte adeguate sul piano medico...

La clinica geriatrica è anche questo, cioè accettare la sfida della complessità, che è sempre difficile e richiede cultura, capacità di analisi e flessibilità. ...In questa prospettiva, un trattato come il Cassel, che non si sottrae ad una lettura realistica e quindi complessa, è uno strumento adeguato ai tempi della modernità, anche se non è on line! Anzi, forse nello stesso porsi come compendio di moltissime informazioni assemblate razionalmente offre un'immagine anche viva di un mondo reale che non è segmentabile né riducibile alla "purezza" delle condizioni di un esperimento. Non si sostituisce quindi alla testa e al cuore del medico, che continua a sviluppare comportamenti fondati sulla sua cultura e sulla sua sensibilità; è solo un compagno di strada docile, che spiega con pazienza tutti i passaggi e le criticità. E pone anche le basi per utilizzare nei momenti opportuni le banche dati elettroniche, aumentandone l'efficacia formativa.

**Marco Trabucchi**

Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria



**CIC Edizioni Internazionali**

## La dimensione antropologica nell'anziano

**I**mmersi nello studio dell'uomo, visto nel complesso, nei particolari e nei rapporti con la natura (cuore dell'antropologia) è un tema talmente seducente, ed al tempo stesso così intrigante che, a volte, rischia di lasciarci smarriti. La dimensione antropologica dell'uomo è sempre stata croce e delizia per le riflessioni di filosofi, sociologi, letterati, ma sta suscitando sempre maggior interesse anche da parte di psicologi e operatori del mondo sanitario. Quando si analizza l'invecchiamento dell'uomo nella sua globalità, con tutti i risvolti "critici" in esso contenuti, emerge un certo disagio da parte di chiunque affronti il tema. In realtà chi si occupa di gerontologia e geriatria a tempo pieno è costantemente immerso nella complessità dei problemi, anzi, essi divengono "il pane quotidiano" da condividere con tutti gli attori (operatori, pazienti, parenti, politici e amministratori) che, a vario titolo, si trovano ad affrontare (per scelta, o per necessità) il tema della vecchiaia.

È evidente che l'invecchiamento e tutto ciò che ad esso è correlato come il pensionamento, il problema del welfare, la disabilità, l'emarginazione, la complessità clinica, la cronicità, la dipendenza e tutte le altre attribuzioni, stanno mettendo "in crisi" la nostra civiltà e l'economia della nostra società. Visto in questa prospettiva il problema è veramente drammatico e sembra non avere soluzione.

Pur con queste premesse, la visione antropologica, ci ha stimolati a scoprire e comprendere le varie dimensioni biopsicofisiche, affettive ed esistenziali dell'uomo e dell'anziano in particolare.

Un esempio di questa visione è stato proposto da alcune correnti di pensiero cui appartiene anche il Prof. C.M. Mozzanica, secondo il quale l'attenzione va posta in particolare alla corporeità, all'affettività e all'intenzionalità. Il nostro sguardo, deve quindi essere certamente rivolto alla corporeità nel campo sanitario attraverso l'anamnesi clinica classica, ma bisogna riservare particolare attenzione anche a informazioni quali lo sguardo, la capacità di ascolto, la mobilità del corpo come espressione del sé e al linguaggio non verbale. Il fine è

comprendere che cosa l'anziano è ancora in grado di fare e comunicare. Analoga attenzione merita la dimensione affettiva attraverso la nostra capacità di cogliere i sentimenti, le pulsioni, gli istinti, le ansie, le paure, il pianto, il sorriso, la tristezza e la gioia che abitano e agitano il cuore dell'anziano. Viene da chiedersi quanti di noi colgono e valorizzano, nella raccolta anamnestica, questa dimensione affettiva tentando di colloquiare, con il dovuto rispetto, del mondo interiore dell'anziano. Il metodo clinico geriatrico dà valore, correttamente, al riscontro su come l'anziano espleta le proprie funzioni fisiologiche ma, difficilmente, si sofferma sul suo mondo affettivo, anzi, questa domanda sembra appartenere esclusivamente ad una sfera privata... più intima dei propri bisogni fisiologici. Un ultimo elemento è l'intenzionalità intesa come salvaguardia nell'anziano della capacità di pensiero, della consapevolezza e coscienza di essere, per mantenere la capacità di scoprire e valorizzare costantemente la propria vita.

L'attuale modello economico sanitario sembra mettere in discussione, se non in crisi, il modello antropologico dell'approccio globale all'anziano. Al tempo stesso sta sorgendo l'esigenza di approfondire gli aspetti biopsicosociali delle persone bisognose di cure. È intuitivo che la disponibilità di risorse offre la possibilità di realizzare programmi di intervento più adeguati e raffinati ma, accanto alle risorse economiche, bisogna chiedersi quale spazio intendiamo dare ad un nuovo modello culturale gerontologico e geriatrico che includa veramente la dimensione antropologica dell'anziano. La parola crisi è traducibile, secondo alcuni ideogrammi cinesi, come "occasione di cambiamento". Forse si può iniziare a riflettere su ciò che appare critico per tentare di ripensare ad un nuovo modo di considerare l'anziano, l'invecchiamento e la società, per verificare se vi siano altri modelli di sviluppo per la collettività capaci di valorizzare ogni singolo individuo. Questa occasione di cambiamento potrebbe essere un inizio che, almeno in parte, dipende anche da noi.

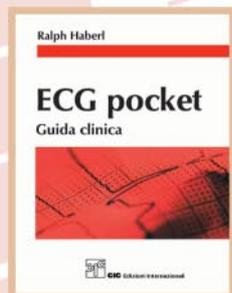
**Antonino Frustaglia**

# Doctor Pocket

La scienza in tasca



- PROSSIME USCITE
- Biologia pocket
  - Anatomia pocket
  - Chimica pocket
  - Chirurgia pocket
  - Psichiatria pocket
  - Classificazioni in medicina



R. Haberi

## ECG pocket

Guida clinica

### ECG Pocket

Guida clinica

Volume brossurato di 276 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 12,00



A. Russ, S. Endres

## FarmaPocket

Guida all'impiego clinico dei farmaci

### FarmaPocket

Guida clinica all'impiego clinico dei farmaci

Volume brossurato di 800 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 15,00



A. Brandl

## Omeopatia pocket

### Omeopatia pocket

Volume brossurato di 400 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 20,00



M. Jakob

## Valori normali in medicina

### Valori normali in medicina

Volume brossurato di 216 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 15,00



## Urgenze ed emergenze pocket

con algoritmi della American Heart Association

### Urgenze ed emergenze pocket

Volume brossurato di 352 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 15,00



C. Sailer, S. Wasner

## Diagnosi Differenziale pocket

### Diagnosi differenziale pocket

1ª edizione italiana

Volume brossurato di 400 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 15,00



D. Bajraktarovic, M. Jakob

## Guida alle malattie respiratorie

### Guida alle malattie respiratorie

Volume brossurato di 374 pagine  
F.to cm. 9,5 x 12,5

€ 15,00

IL SAPERE TASCABILE



CIC Edizioni Internazionali

Roma • 00198 - Corso Trieste, 42 - Tel. 06.8412673 r.a. - Fax 06.8412688

www.gruppocic.com

# Analisi dei dati derivanti dall'utilizzo della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza in 37 RSA della Lombardia

Fabrizio Giunco

ARSA - Associazione RSA ASL Milano 3

**I**l sistema SOSIA, acronimo di Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza, è stato progettato dalla Regione Lombardia e introdotto gradualmente a partire dal 2003. Proposto come rappresentazione sintetica del fascicolo sanitario e sociale, determina la classificazione degli ospiti delle RSA accreditate in otto classi clinico-funzionali. Queste, a loro volta, sono collegate ad un nuovo sistema tariffario, che prevede rimborsi dal Fondo Sanitario Regionale di entità compresa fra i 23 e i 47,5 euro al giorno, rispetto ai 22, 39,3 e 52 euro del precedente modello, rispettivamente, NAT-NAP-Alzheimer (NAT: non autosufficienti totali; NAP: non autosufficienti parziali). Il sistema comprende la registrazione e la trasmissione periodica alla Regione Lombardia di numerosi dati amministrativi, sociali e sanitari. La rilevazione descritta in questo articolo analizza i modelli RSA 1 e le schede SOSIA delle RSA accreditate nel territorio dell'ASL Milano 3, che enumera 37 strutture per 3.645 posti letto. I dati, provenienti dall'ASL, sono stati elaborati e integrati dai tecnici dell'ARSA, l'associazione che raccoglie la maggior parte delle RSA dell'ASL Milano 3.

## LE SCHEDE ANALIZZATE: LA SATURAZIONE DEI POSTI LETTO

Lo studio ha preso in considerazione il periodo relativo al primo semestre 2005, confrontando i dati con i semestri precedenti. Sono state analizzate 5.171 schede SOSIA per 4.090 ospiti complessivi, e registrate 314.799 giornate di degenza, a fronte di un potenziale teorico di 331.695 (numero totale di posti letto per i giorni del trimestre): il dato corrisponde a un tasso di

occupazione del 94,9%. Quest'ultimo è, per molti motivi, un elemento decisivo del dibattito in corso, collegato al corretto rapporto fra posti letto accreditati e popolazione anziana residente.

Esiste una tendenza a fornire una maggiore qualità dei servizi, che impone costi proporzionali. Ne consegue una linea di potenziale criticità tra la crescita dei costi di gestione (con particolare riferimento al personale dipendente) e la tendenza alla riduzione dei fondi pubblici. Gli Enti gestori delle RSA devono così bilanciare una crescente efficienza gestionale con un utilizzo intensivo dei posti letto. La concorrenza fra strutture, indotta da tale meccanismo, può così introdurre elementi virtuosi di qualificazione.

## L'ANDAMENTO DELLE CLASSI SOSIA

Nel semestre analizzato il numero di giornate tariffate secondo il nuovo sistema SOSIA è stato di 179.423, il 57% del totale (Tab. 1). In linea con le precedenti previsioni si è ulteriormente rafforzata la tendenza all'aumento dei pazienti registrati nelle classi SOSIA 1, 3 e 7 (Fig. 1). La classe 3 si conferma la classe di concentrazione prevalente, ma è in costante crescita la proporzione degli ospiti in classe 1. Alla data della rilevazione le classi 1, 3 e 7 giustificavano complessivamente l'80,9% delle giornate tariffate. Fra le altre classi, sono meno rappresentate le classi 5 e 8, ed in minima quota le classi 2, 4 e 6. In effetti, il sistema di calcolo descrive in modo sensibile la comorbilità dell'ospite, per cui i pazienti "complessi" vengono facilmente collocati in una classe dispari (gruppo S). La classe 8, a sua volta, è condizionata dalla normalità della persona: non

**Tabella I** - Modello RSA I del II trimestre 2005: dati riassuntivi e confronto con gli equivalenti trimestri degli anni precedenti.

TOTALE GIORNATE			
Classe	II 2003	II 2004	II 2005
CL1	1.411	32.945	54.711
CL2	337	4.713	3.425
CL3	2.607	43.265	57.314
CL4	1.259	4.365	3.440
CL5	462	6.550	11.324
CL6	218	3.177	3.471
CL7	1.046	20.222	34.620
CL8	1.022	8.017	11.118
Totale	8.362	123.254	179.423
NAP	35.817	21.652	12.601
NAT	221.067	154.096	117.451
ALZ	5.328	5.354	5.324
Totale giornate NAT/NAP/ALZH	262.212	181.102	135.376
Totale giornate SOSIA	8.362	123.254	179.423
Totale giornate reali	270.574	304.356	314.799
Posti letto accreditati	3.206	3.570	3.645
Totale giornate teoriche	291.746	324.870	331.695
% occupazione posti letto	92,7%	93,7%	94,9%
Remunerazione totale	10.050.620,10	11.436.826,70	11.906.154,30
Remunerazione a p.l. per anno	3.134,94	3.203,59	3.266,43
Remunerazione per giorno di presenza	37,1	37,6	37,8
Remunerazione a posto letto/giorno	34,4	35,2	35,9

Fonte: Azienda Sanitaria Locale Milano 3. Elaborazione ARSA Milano 3.

identifica una soglia minima di gravità funzionale, compatibile con la necessità di accoglienza in RSA o in un centro diurno integrato.

### **LA REMUNERAZIONE DEL SISTEMA: I FONDI PUBBLICI**

Dall'introduzione del nuovo sistema al termine del primo semestre 2005, il trasferimento economico complessivo dal Fondo Sanitario Regionale (FSR) alle RSA è cresciuto del 22,6%, a fronte di un contemporaneo aumento dei posti letto del 12%. La remunerazione giornaliera reale (calcolata dividendo la remunerazione delle RSA per il totale delle giornate di presenza e per i giorni del trimestre) è cresciuta da 37,1 a 37,8 euro (+1,6%), restando quindi inferiore alla remunerazione garantita dalla precedente tariffa NAT (39,3 euro). Al tempo stesso la remunerazione teorica (calco-

lata dividendo la remunerazione totale per il totale delle giornate disponibili: posti letto per giornate del trimestre) è cresciuta da 34,4 a 35,9 euro al giorno (+4,7%). Il dato evidenzia l'influenza decisiva del tasso di occupazione dei posti letto disponibili sulla remunerazione delle strutture. Resta da definire l'impatto del nuovo sistema tariffario rispetto all'ipotetico mantenimento del precedente NAT-NAP-Alzheimer: I dati analizzati sembrano giustificare le preoccupazioni espresse in più occasioni dai rappresentanti degli Enti socio-sanitari. Analizzando la popolazione retribuita con il sistema tariffario SOSIA nel secondo trimestre 2005, e assegnando arbitrariamente la precedente tariffa NAT (39,3 euro) alle classi da 1 a 7 e quella NAP (22 euro) alla classe 8, il nuovo sistema sembra determinare una riduzione delle entrate economiche pari all'1,8% (Tab. 2). Il dato è probabilmente sottostimato: è già stato dimostrato che una parte degli ospiti NAP

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

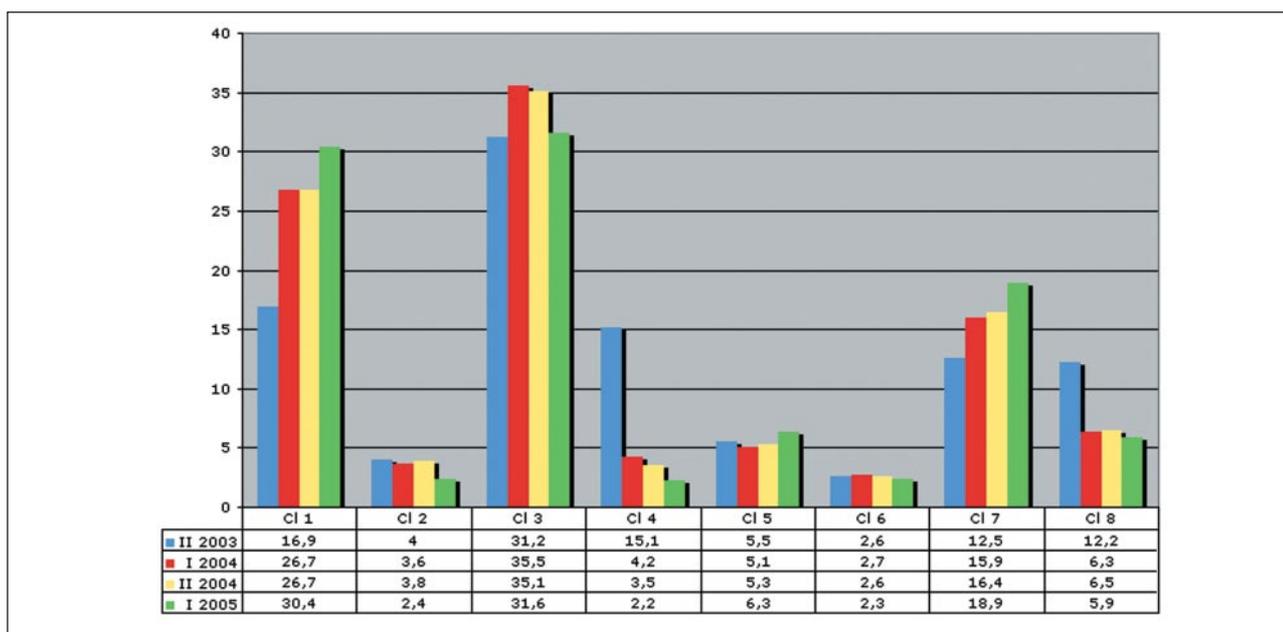


Figura 1 - Distribuzione per classe di gravità delle giornate SOSIA tariffate nel primo semestre 2005 e confronto con i semestri precedenti.

Tabella 2 - Comparazione fra remunerazione con tariffa SOSIA e con tariffa arbitraria NAT-NAP-Alzheimer al secondo trimestre 2004 e al primo trimestre 2005.

Giornate (n.)		Tariffa SOSIA	Remunerazione II trimestre 2004		Variazione	Remunerazione II trimestre 2005		Variazione
II 2004	II 2005		Totale (SOSIA)	Totale (Tariffa NAT)		Totale (SOSIA)	Totale (Tariffa NAT)	
32.906	54.711	47,5 (39,3)	1.563.035,00	1.293.205,80		2.598.772,50	2.150.142,30	
5.114	3.425	43,5 (39,3)	222.459,00	200.980,20		148.987,50	134.602,50	
47.183	57.314	37,5 (39,3)	1.769.362,50	1.854.291,90		2.149.275,00	2.252.440,20	
4.821	3.440	33,5 (39,3)	161.503,50	189.465,30		115.240,00	135.192,00	
6.697	11.324	37,0 (39,3)	247.789,00	263.192,10		418.988,00	445.033,20	
3.222	3.471	33,0 (39,3)	106.326,00	126.624,60		114.543,00	136.410,30	
21.233	34.620	27,0 (39,3)	573.291,00	834.456,90		934.740,00	1.360.566,00	
9.001	11.118	23,0 (22,0)	207.023,00	198.022,00		255.714,00	244.596,00	
<b>130.177</b>	<b>179.423</b>	<b>Parziale SOSIA</b>	<b>4.850.789,00</b>	<b>4.960.238,80</b>	<b>- 2,3</b>	<b>6.736.260,00</b>	<b>6.858.982,50</b>	<b>- 1,8</b>
21.652	12.601	22,0	476.344,00	476.344,00		277.222,00	277.222,00	
154.096	117.451	39,3	6.055.972,80	6.055.972,80		4.615.824,30	4.615.824,30	
5.354	5.324	52,0	278.408,00	278.408,00		276.848,00	276.848,00	
		<b>Parziale NAT/NAP</b>	<b>6.810.724,80</b>	<b>6.810.724,80</b>	<b>Variazione</b>	<b>5.169.894,30</b>	<b>5.169.894,30</b>	<b>Variazione</b>
		<b>Totale</b>	<b>11.661.513,80</b>	<b>11.770.963,60</b>	<b>- 0,9</b>	<b>11.906.154,30</b>	<b>12.028.876,80</b>	<b>- 1,0</b>

I dati sono stati calcolati applicando alle giornate di accoglienza la tariffa SOSIA o una tariffa arbitrariamente ricondotta al precedente sistema. In questo caso alle classi da 1 a 7 è stata assegnata la precedente tariffa NAT (39,3 euro al giorno) mentre alla classe 8 la tariffa della precedente classe NAP (22 euro).

Fonte: Azienda Sanitaria Locale Milano 3. Elaborazione ARSA Milano 3.

è stato classificato in classi più gravi della 8 e, viceversa, che i livelli di disabilità registrati nella popolazione oggi in classe 8 avrebbero giustificato un inserimento NAT nel sistema precedente.

Se la classe 8 viene equiparata alla normale tariffa NAT (39,3 euro), il differenziale negativo fra il vecchio e il nuovo sistema tariffario sale al 4,7%. Sommando la remunerazione degli ospiti retribuiti con il sistema SOSIA con quella degli ospiti ancora classificati e retribuiti come NAT-NAP-Alzheimer, la perdita percentuale della RSA è compresa fra l'1 e il 2,6% (assumendo rispettivamente la tariffa di 22 o di 39,3 euro per gli ospiti in classe SOSIA 8).

La Tabella 3 descrive gli stessi dati, tuttavia, separando le strutture che accoglievano prima del 2003 solo ospiti NAT da quelle che accoglievano anche ospiti NAP. La remunerazione giornaliera reale delle prime è di 38,9 euro, quella teorica per il totale dei posti letto è di 36,7 euro per un tasso di saturazione medio del 93,8%. La differenza media di remunerazione rispetto alla precedente tariffa NAT è compresa fra gli 0,4 e i 2,6 euro al giorno, nelle due diverse modalità di calcolo.

### SISTEMA SOSIA E VARIABILITÀ DELLA VALUTAZIONE

La Tabella 3 sottolinea anche la significativa modificazione nella redditività delle diverse strutture, introdotta dal nuovo sistema. Se alcune RSA hanno dimostrato di poter ottenere risultati economici favorevoli anche con il nuovo modello tariffario, altre hanno ottenuto risultati negativi. I dati già pubblicati nei precedenti rapporti ARSA descrivevano una differenza media fra i due sistemi pari a  $-2,6 \pm 2,82\%$ , con un massimo di 4,34% e un minimo di -11,2%. La stessa dispersione si ritrovava analizzando il rendimento economico per posto letto: in questo caso la differenza di redditività fra strutture superava il 40%. La remunerazione totale media era, al termine del secondo trimestre 2004, di 35,7 euro al giorno a posto letto, con un minimo di 25,1 e un massimo di 41,6 (mediana 36,9): la situazione attuale appare sostanzialmente invariata.

Anche limitando l'analisi alle strutture con soli ospiti NAT, la remunerazione reale giornaliera va da un minimo di 31,2 a un massimo di 41,9 euro; quella teorica (critica per le strutture di recente attivazione o con

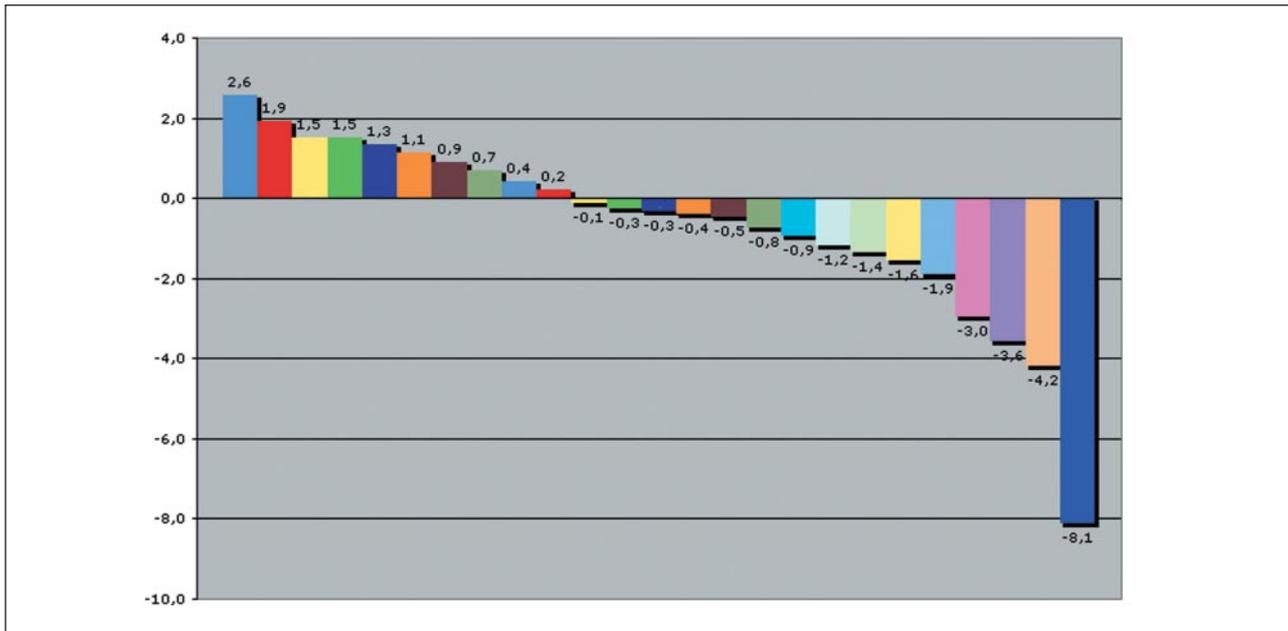
**Tabella 3** - Remunerazione media delle RSA con soli ospiti NAT o con ospiti NAP, e differenza rispetto al precedente sistema tariffario.

	Media	Minimo	Massimo	DS
<b>RSA con soli posti letto NAT</b>				
Remunerazione totale	338954,33	44195,5	535394,8	131226,16
Remunerazione teorica per giorno di presenza	38,9	31,2	41,9	2,2
Remunerazione reale a posto letto/giorno	36,7	6,5	41,7	7,1
Indice turn-over	0,9	0,2	1,0	0,2
Saturazione pl	93,8	20,8	99,7	16,5
Retta alberghiera media	57,2	39,6	76,4	9,2
Tariffa SOSIA media	38,1	31,2	41,8	2,4
Introito medio giornaliero	95,3	77,0	111,5	9,3
Differenza 1	-0,4	-8,1	2,6	2,2
Differenza 2	-2,6	-32,8	2,4	7,1
<b>RSA con posti letto NAT e NAP</b>				
Remunerazione totale	314801,48	99699,9	643582,1	169650,97
Remunerazione teorica per giorno di presenza	35,3	26,8	39,8	3,3
Remunerazione reale a posto letto/giorno	33,7	25,6	39,6	4,1
Indice turn-over	1,0	0,7	1,0	0,1
Saturazione pl	95,5	68,8	99,6	8,5
Retta alberghiera media	46,6	14,3	59,8	12,1
Tariffa SOSIA media	34,9	26,6	39,1	3,2
Introito medio giornaliero	81,4	49,7	96,7	13,4
Differenza 1	-4,0	-4,1	-4,5	-4,8
Differenza 2	-5,6	-5,8	-6,4	-6,7

Differenza 1: differenza remunerazione a giornata di presenza effettiva e tariffa NAT.

Differenza 2: differenza remunerazione a posto letto e tariffa NAT.

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO



**Figura 2** - Distribuzione del differenziale fra remunerazione a giornata di presenza effettiva e precedente tariffa NAT delle RSA con soli ospiti NAT.

minore saturazione media dei posti letto disponibili) ha una dispersione ancora maggiore, con una deviazione standard di 7,1 euro al giorno. La Figura 2 descrive il differenziale fra remunerazione giornaliera reale e precedente tariffa NAT per le strutture che accoglievano solo ospiti totalmente non autosufficienti. Dalla rappresentazione grafica si evince la diversificazione venutasi a creare fra le strutture, teoricamente analoghe per standard gestionali e strutturali e per caratteristiche della popolazione accolta.

L'ARSA ha in più occasioni segnalato l'esistenza di aspetti problematici legati al sistema valutativo SOSIA: la variabilità interna al modello sembra infatti giustificare questi fenomeni, più che l'effettiva diversa distribuzione della popolazione. L'ARSA ha anche analizzato queste dinamiche, riflettendo sulle caratteristiche del nuovo sistema tariffario e sulle conseguenze sia per gli enti gestori che per gli stessi organismi di vigilanza. Alcune incertezze interpretative hanno ritardato l'assorbimento del sistema da parte dei gestori, ma anche imposto alle diverse ASL lo sviluppo di una nuova metodologia di controllo, con criteri e soluzioni non sempre univoche. Questa tendenza è stata solo parzialmente corretta dai corsi di formazione regionali per i

tecnici della vigilanza e per i medici delle RSA e dalla diffusione della relativa documentazione.

### ALCUNI DUBBI, ALCUNE PROPOSTE

L'immagine emergente è quella di un sistema ancora in evoluzione, interessante sotto il piano dei principi, ma ancora da consolidare sotto quello delle procedure e delle soluzioni. Le incertezze di fondo riflettono un dibattito ancora in corso a livello regionale. Il sistema SOSIA non viene presentato come un sistema valutativo (deve essere obbligatoriamente integrato, lo prevede la normativa sugli standard gestionali e sul debito informativo, da altri strumenti di valutazione multidimensionale), ma neanche come un sistema progettato per stimare in modo univoco il carico assistenziale determinato dai pazienti. I progettisti contestano anche la tendenza a considerarlo un sistema tariffario, anche se il suo legame con l'erogazione tariffaria è evidente: fra gli ospiti della classe 1 e quelli della classe 8 intercorrono infatti 24,5 euro di differenza economica per posto letto al giorno. Traspare, in questo senso, il rischio potenziale di collegare un sistema di accredita-

mento (con standard predeterminati) ad un sistema tariffario a classi variabili. Oppure, si rischia di legare un sistema tariffario a classi variabili con un sistema di valutazione che dimostra alcune difficoltà a leggere in modo ripetibile (e con bassa variabilità intrinseca) il carico assistenziale delle popolazioni osservate.

Questa rilevazione pone dei limiti, ad esempio, all'intuizione positiva del programmatore di dotare la Regione Lombardia di un sistema di tracciabilità delle persone e delle situazioni clinico-funzionali nel loro percorso all'interno della Rete dei Servizi. Un sistema che produce variabilità può non essere adeguato a questi scopi, a meno che la tracciabilità e le rilevazioni statistiche non siano limitate agli indicatori più certi e verificabili; in questo caso, però, gli altri indicatori potrebbero probabilmente essere abbandonati o ulteriormente semplificati.

Questa evoluzione appare comunque implicita in alcune scelte programmatiche già in atto o previste; è stata annunciata un'ulteriore evoluzione del sistema che riduce il numero di indicatori e semplifica alcune esigenze di compilazione. Forse, è la nostra riflessione, liberare il sistema SOSIA dal vincolo con il sistema tariffario potrebbe essere coerente con gli stessi obiettivi del programmatore regionale. Tornare a 3 o 4 tariffe predeterminabili in base al possesso documentabile di standard strutturali e gestionali, piuttosto che alle caratteristiche degli ospiti accolti, potrebbe riconsegnare SOSIA a obiettivi più appropriati e accogliere l'intuizione positiva che sembra averne animato la progettazione: realizzare un sistema in grado di facilitare la qualificazione in senso geriatrico-gerontologico delle RSA lombarde e la comprensione dei percorsi assistenziali delle persone all'interno della Rete dei Servizi, avendo a disposizione una popolazione assolutamente unica per entità e standardizzazione dei dati.

In questo senso, la proposta dell'ARSA è quella di rafforzare l'evoluzione di SOSIA come vero e proprio sistema di valutazione multidimensionale, attraverso l'identificazione di un dataset minimo da adottare da tutte le RSA accreditate e di un modello base di Fascicolo sanitario e sociale che venga incontro sia alle esigenze dei gestori che a quelle degli organismi di vigilanza. Un sistema, però, che richiede un'effettiva validazione ed una coerente verifica metodologica, per ridurre i margini di incertezza ed aumentare in proporzione la qualità informativa dei contenuti.

### **COSTI ORGANIZZATIVI E RISCHI GESTIONALI**

Il sistema SOSIA ha comunque comportato, per le RSA lombarde, un sensibile incremento degli oneri organizzativi: informatizzazione, formazione degli operatori, tempi di compilazione, obblighi di rendicontazione. Tralasciando la fatica legata all'apprendimento ed all'avvio del sistema, oneri teoricamente legati alla sola fase di start-up, resta un sensibile lavoro di monitoraggio e rendicontazione che incide quotidianamente su strutture organizzative già di per sé in difficoltà per le limitate risorse a disposizione. Negli ultimi anni gli oneri amministrativi sono aumentati in modo significativo. È possibile citare, fra quelle ancora necessarie o che sono state necessarie nel recente passato, le rendicontazioni:

- della lista di attesa (prima trimestrale, ora non più necessaria);
- della scheda monitoraggio posti letto (prima quindicinale, ora mensile);
- dei modelli RSA 1 (trimestrale) e RSA 3 (trimestrale);
- dei modelli CDI 1 (trimestrale) e CDI 3 (trimestrale);
- dei decessi (trimestrale);
- dai dati SOSIA (semestrale) e della scheda struttura (annuale);
- dei flussi del Ministero della Salute (annuale);
- dai dati necessari all'assegnazione del premio di qualità (annuali).

In questo senso, l'ARSA ha più volte richiesto di riassumere il debito informativo in uno o due strumenti ed in una o due sessioni annuali, al fine di non penalizzare la vera mission della RSA, che è quella di prendersi cura degli ospiti, di realizzare un ambiente di vita accogliente e di garantire prestazioni professionali qualificate. Alcune ridondanze sono state evidenti nel recente passato: ad esempio, la necessità (poi corretta) della compilazione trimestrale della lista di attesa replicata dalla compilazione quindicinale (ora mensile) di uno strumento simile (la Scheda di monitoraggio dei posti letto). Anche la qualità degli strumenti informatici proposti si è dimostrata rigida, con problemi di utilizzo che hanno appesantito, piuttosto che semplificato, gli adempimenti richiesti. Non ultimo, la ripetuta modificazione dei formati e delle caratteristiche delle schede ha spesso imposto la costosa revisione dei software o la ripetizione integrale dell'input di dati già inseriti in precedenza, ma non più accettati dai nuovi strumenti. Tempi e costi amministrativi, è necessario ri-

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

cordarlo, possono appesantire una situazione economica già negativa, come i gestori delle RSA hanno segnalato più volte.

In pratica, mentre l'aumento del costo del lavoro e quello del costo della vita hanno determinato una perdita di redditività delle strutture del 3-4% annuo, i trasferimenti economici regionali non solo non sono aumentati, ma addirittura appaiono ridotti o al massimo invariati: il differenziale descritto dai rapporti ARSA identifica una riduzione del 5-6% delle redditività complessive per anno di gestione. Lo scenario è aggravato dagli altri elementi citati: attivazione di nuove strutture, aumento dei posti letto, riduzione dei tassi di occupazione, contrazione delle risorse economiche dei sistemi familiari, difficoltà nel reperire operatori professionali qualificati. Sembrano indispensabili misure correttive: inevitabili appaiono, per il futuro, aumenti significativi delle rette alberghiere, una parte delle quali sta oggi già coprendo anche costi sanitari non garantiti dai trasferimenti economici dal Fondo sanitario.

### INTEGRARE LE RETTE? IL CASO DEI PREMI DI QUALITÀ

Per contenere questa tendenza sembrerebbe urgente almeno un aggiornamento della quota sanitaria, attraverso un incremento minimo del 6% per tutte le classi. Questo aumento riporterebbe il valore economico della classe 3 a quella della precedente tariffa NAT (39,30 euro). Non coerente con l'evoluzione normativa è apparsa invece la vicenda dei premi di qualità. La normativa regionale, infatti, prevedeva un duplice percorso di finanziamento delle RSA; la quota SOSIA avrebbe dovuto essere affiancata da un ulteriore finanziamento legato alla verifica del possesso o del raggiungimento di determinati indicatori di qualità dell'assistenza fornita e dei suoi esiti. Il modello in sé era condivisibile; ad un finanziamento base, legato al possesso di standard predeterminati ed alla quantificazione del carico assistenziale proprio delle diverse classi tariffarie SOSIA, si affiancava un sistema premiante per orientare il sistema delle RSA verso un'ulteriore qualificazione. Questo modello ha finora deluso: la sua prima erogazione, nel 2004, è stata infatti integrata dall'introduzione di una soglia di ingresso arbitrariamente legata alla retta media ponderata delle RSA (eccezione fatta per il sostegno ai progetti Alzheimer). Questo collegamento ha di fatto interrotto il collegamento con una coerente valutazione degli obiettivi di qualità

raggiunti. La scelta ha determinato sconcerto sia fra i gestori delle RSA che, in modo esplicito, fra i tecnici regionali. In pratica, l'operazione non ha premiato la qualità, ma è risultata piuttosto una politica di sostegno economico indirizzata a favorire il contenimento delle rette. Questa azione può anche essere legittima e venire incontro alle esigenze dei cittadini; avrebbe però dovuto essere esplicita e univocamente predeterminabile, così da permettere a tutte le RSA di operare in tal senso e di conformarsi alla nuova impostazione.

### CONCLUSIONI

La popolazione tipica delle RSA resta caratterizzata da pazienti che richiedono cure a lungo termine, con ricoveri che si protraggono mediamente per uno o due anni, ma con degenze anche molto prolungate. È proprio la durata che impone soluzioni originali: non si tratta solo di progettare e gestire soluzioni di sostegno tecnico, quanto di realizzare ambienti idonei a garantire qualità di vita, continuità storica e relazioni significative a persone anziane, malate, disabili. È un'equazione non semplice, che richiede qualificazione professionale, ma anche la capacità di preservare la cultura di accoglienza e di attenzione alla persona che sono proprie delle radici sociali delle strutture per anziani. Non a caso, un tema cruciale per gli anni a venire sarà quello di identificare i percorsi necessari a reperire le risorse umane ed economiche necessarie a sostenere queste qualità umane, oltre che la necessaria qualificazione professionale e tecnica. In questo senso, da molti anni è stato enfatizzato il filone della riorganizzazione amministrativa come strumento necessario a recuperare efficienza economica e ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Resta da giudicare la qualità delle soluzioni e degli esiti, alcuni innegabilmente positivi, altri più discutibili. Sembra ancora disatteso, al contrario, il tema dell'analisi demografica ed epidemiologica delle tendenze in atto e della stima oggettiva della qualità e quantità delle risorse da destinare a settori in crescita esponenziale: entro il 2050 gli italiani con più di 80 anni aumenteranno di 5 milioni di unità, ma i loro familiari con meno di 80 anni saranno 11 milioni in meno. Il dibattito, quindi, non potrà restare solo organizzativo, in quanto non sarà neanche pensabile ridurre ulteriormente inefficienze o sprechi: in questo settore sono probabilmente già a livelli fisiologici se non addirittura più bassi (dopo anni di limitazione delle risorse economiche)

di quelli propri di altri settori sanitari, sostenuti da trasferimenti economici ben più cospicui. Sarà indispensabile, al contrario, avviare un dibattito pubblico che coinvolga di necessità aspetti etici, di giustizia sociale, di riconoscimento dei diritti e di equa ripartizione delle risorse. I dati e le riflessioni fin qui descritti, propongono quindi le RSA come una sorta di laboratorio-punto di osservazione, anticipazione di un futuro che imporrà decisioni di alto livello. Resta da comprendere se le operazioni di ingegneria amministrativa rappresentino una risposta effettiva alla delicatezza dei temi in gioco. Deve in qualche modo essere dimostrabile che i costi che le strutture richiedono (soluzioni gestionali, formazione, risorse umane, vigilanza) determinino

realmente una maggiore qualità delle risposte. Nel caso specifico, i risultati appaiono discutibili: non solo la remunerazione media delle giornate di ricovero risulta inferiore rispetto al sistema di tariffazione precedente, ma una proporzione di questi introiti è stata deviata verso le esigenze amministrative dello stesso sistema di classificazione, piuttosto che verso la qualificazione o la quantità del personale e dei servizi sanitari o alla persona. In definitiva: le RSA possono offrire migliori servizi con minori risorse? E i costi che il sistema di debito informativo ha imposto hanno determinato un miglioramento misurabile della qualità dei servizi? È probabilmente utile una serena ma coerente riflessione.

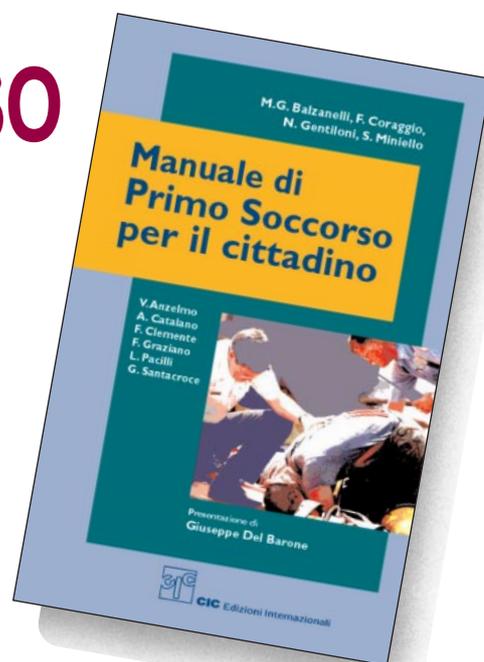
**M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello**

**V. Anzelmo, A. Catalano, F. Clemente, F. Graziano, L. Pacilli, G. Santacroce**

# MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

Presentazione di G. Del Barone

Volume broccurato di 400 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 30,00



**CIC** Edizioni Internazionali



## Le ustioni nell'anziano con demenza: un problema che scotta

Alberto Apostoli

A.I.S.Le.C. Pavia e GRG, Brescia

**L**e ustioni rappresentano ancora oggi un evento temibile per le potenziali complicanze e gli esiti anche invalidanti a cui possono portare. Negli ultimi 30 anni la percentuale di mortalità nei pazienti ustionati è progressivamente diminuita fino a raggiungere alla fine del decennio una media del 3,6% (Pruitt, 2000) (Tab. 1).

Questo è stato ottenuto grazie ad una serie di misure come l'intervento chirurgico precoce, il supporto nutrizionale, le cure intensive, i programmi precoci di riabilitazione, ecc.

Tabella 1

	Percentuale di superficie corporea ustionata		
	0-39%	40-59%	> 60%
Mortalità annua	0,6%	7,7%	33,3%
Mortalità 1974-1980	0,0%	0,0%	14,3%
Mortalità 1991-1997			

Almeno due studi retrospettivi, svolti per cercare di identificare quali siano gli aspetti che determinano ancora la morte in una certa percentuale di persone, hanno identificato come l'età avanzata sia uno degli elementi chiave nel determinare gli esiti clinici peggiori, fino ad arrivare all'exitus (Muller et al., 2001; O'Keefe et al., 2001). È stato anche osservato in altre ricerche, che la diagnosi di demenza è un elemento determinante nel peggiorare la prognosi in pazienti anziani che vanno incontro a incidenti stradali, cadute, o altre lesioni traumatiche rispetto a pazienti anziani che incorrono negli stessi eventi, ma non soffrono di demenza (Battistella et al., 1998; Grossman et al., 2004).

Sulla base di queste osservazioni è stato svolto uno

studio retrospettivo caso-controllo per indagare il ruolo della demenza negli anziani che venivano ricoverati per ustioni. Lo studio si è basato sui dati raccolti in 5 anni nel *Burn Center's National Trauma Registry of the American College of Surgeon*. Sono stati studiati i seguenti dati: età, sesso, percentuale corporea ustionata (TBSA *Total Body Surface Area*), meccanismo e circostanze dell'ustione, periodo di degenza in terapia intensiva, necessità di ventilazione assistita, giorni di degenza complessiva, necessità di intervento chirurgico, tipologia di dimissione, tipo di attività al momento dell'ustione, livello di supervisione al momento dell'ustione, eventuale ricorso all'assistenza domiciliare (Alden et al., 2005).

Durante il periodo scelto sono stati individuate 36 persone ricoverate in ospedale in seguito ad ustioni e con una diagnosi di demenza. L'età media dei pazienti di questo gruppo era di  $79,9 \pm 1,6$  anni (range da 53,3-92,3). I maschi rappresentavano il 41,7% del gruppo. La percentuale di superficie corporea ustionata era dell' $8,2 \pm 1,9$  (range 0,5-51). La causa più comune dell'ustione era l'acqua calda, che rappresentava il 44% del complesso; le ustioni da fiamma riguardavano il 36,1%; il 31% delle ustioni era avvenuto durante il bagno; il 16% durante la preparazione del cibo; il tipo di attività svolta al momento dell'ustione era sconosciuta nel 16% dei casi; questi pazienti vennero trovati dai familiari o dai *caregiver* informali dopo l'ustione. Il 67% dei pazienti non riceveva alcuna supervisione al momento dell'ustione, mentre il 33% dei pazienti riceveva qualche forma di supervisione; in questi ultimi vanno inclusi 3 pazienti che si erano ustionati mentre erano sotto il controllo diretto del personale della struttura presso cui erano ricoverati.

Il 65% di questi pazienti aveva necessitato di cure intensive per un periodo di  $16,5 \pm 2,9$  giorni (range 1-61). Il

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

22% era stato sottoposto a ventilazione assistita per una media di  $17,4 \pm 1,6$  giorni (range 1-61). La degenza media era stata di  $23,6 \pm 2,6$  giorni (range 1-61). Il 61% di questo gruppo di pazienti ustionati e con demenza necessitò di intervento chirurgico. La mortalità fu del 25%.

Le caratteristiche di ognuno dei 36 pazienti ustionati e con demenza (età, durata degenza, necessità di cure intensive, modalità di dimissione, mortalità, ecc.) sono state poi incrociate con quelle di 72 pazienti anziani e ustionati, ma senza demenza.

Non sono state notate differenze significative nel gruppo di controllo (Tab. 2), inclusa l'eziologia delle ustioni che era sovrapponibile al gruppo di persone con demenza (Fig. 1). Questo gruppo risultò aver avuto necessità di un periodo più lungo di ventilazione assistita ed è risultata una mortalità doppia rispetto al gruppo di controllo. In 7 su 8 pazienti del gruppo con demenza, le cure furono limitate dalle scelte della persona, come il testamento in vita o dall'ordine DNR (*Do Not Resuscitate*).

La differente percentuale di mortalità (25% vs 13,8%) benché elevata, non fu trovata statisticamente significativa, ma questo dato può essere spiegato con diversi fattori, come il gruppo di studio numericamente limitato e la mancata segnalazione di diagnosi di demenza nelle persone coinvolte durante il periodo dello studio. Infatti, i pazienti con demenza sono solo l'1,3% degli adulti ricoverati durante il periodo dello studio e risultano sotto rappresentati se comparati con una percen-

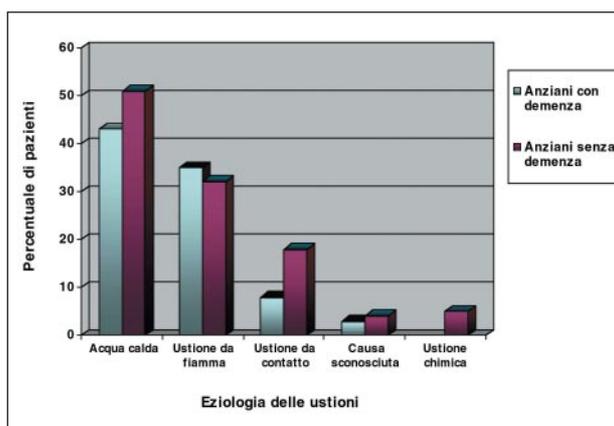


Figura 1

tuale dal 2 al 5% di popolazione adulta affetta da demenza negli USA.

La dimissione dei pazienti con demenza e reduci da ustioni costituisce un pesante cambiamento rispetto al precedente stile di vita. Prima dell'ustione, 31 pazienti su 36 vivevano a casa. Di questi, 15 ricevevano assistenza domiciliare da operatori sanitari, 14 erano assistiti dai familiari; 2 pazienti vivevano da soli; 2 pazienti vivevano in una RSA; un paziente viveva ospitato in un Ente assistenziale per i senzatetto e di 2 pazienti non era chiara la sistemazione familiare. Dopo l'ustione, 13 pazienti (il 36,1%) veniva dimesso in una struttura sanitaria assistenziale. Sei pazienti (16,7%) venivano dimessi a casa:

Tabella 2

	Pazienti con demenza (n = 36)	Pazienti senza demenza (n = 72)
Percentuale di maschi (%)	41,7	40,3 (ns)
Età media $\pm$ Ds	$79,9 \pm 1,6$	$80,3 \pm 1,1$ (ns)
Percentuale di superficie corporea ustionata $\pm$ Ds	$8,2 \pm 1,9$ (0,5-51)	$8,5 \pm 1,31$ (ns)
Percentuale di lesioni da inalazione (%)	5,5	8,3
Necessità di ventilazione assistita (%)	22,2	15,3 (ns)
Durata della ventilazione assistita $\pm$ Ds	$17,4 \pm 1,6$	$26,6 \pm 25,2$ (P<,05)
Durata degenza complessiva	$23,6 \pm 2,6$	$23,6 \pm 4,1$ (ns)
Percentuale di pazienti ricoverati in terapia intensiva	75	61,1 (ns)
Durata del ricovero in terapia intensiva	$23,9 \pm 2,9$ (1-61)	$23,0 \pm 30,6$ (range 1-180)
Percentuale di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	61,6 (1-61)	58,3 (ns)
Percentuale di mortalità	25	13,8 (ns)

ns = differenza non significativa; P<,05 = significatività statistica.

per essi o veniva incrementato o veniva attivato il servizio di assistenza domiciliare; 4 di loro (11,1%) venivano dimessi a casa senza bisogno di alcun tipo di intervento; 2 ritornarono nella struttura assistenziale da cui provenivano; 10 di loro (25%) morirono.

## CONCLUSIONI

Gli Autori ritengono che i differenti esiti nei pazienti anziani ustionati e dementi siano da attribuire al deficit sensoriale, motorio cognitivo e d'espressione che caratterizza tale malattia. Anche la scarsa compliance a programmi riabilitativi è ritenuta un elemento importante nel determinare esiti peggiori. Ulteriori studi sono necessari per definire se considerare la demenza un fattore di rischio per le ustioni nell'anziano. Si auspica la programmazione di interventi educativi rivolti ai familiari e ai *caregiver*, dato che le stime epidemiologiche prevedono che 14 milioni di adulti soffriranno di qualche forma di demenza nel 2050: tali programmi dovrebbero essere orientati a garantire il controllo e la supervisione durante le attività di vita più a rischio (cucinare, fare il bagno) fornire spiegazioni su come i

deficit causati dalla demenza possano essere un fattore di rischio per le ustioni; fare della sicurezza un elemento chiave della vita routinaria del paziente affetto da demenza.

## BIBLIOGRAFIA

Alden NE, Rabbitts A, Yurt R.W. Burn Injury in Patients with Dementia: An Impetus for Prevention. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 2005; 26 (3): 267-271.

Battistella FD, Din AM, Perez L. Trauma patients 75 years and older: long-term follow-up results justify aggressive management. *J Trauma* 1998; 44 (4): 618-23.

Grossman MD, Miller D, Scaff DW, Arcona S. When is an elder old? Effect of preexisting conditions on mortality in geriatric trauma. *J Trauma* 2002; 52 (2): 242-6.

Muller MJ, Pegg SP, Rule MR. Determinants of death following burn injury. *British Journal of Surgery* 2001; 88 (4): 583-7.

O'Keefe GE, Hunt JL, Purdue GF. An evaluation of risk factors for mortality after burn trauma and the identification of gender-dependent differences in outcomes. *Journal of American College of Surgery* 2001; 192 (2): 153-60.

Pruitt BA Jr. Centennial changes in surgical care and research. *Annals of Surgery* 2000; 232: 287-301.

N. Coni, C. Nicholl, S. Webster, K.J. Wilson

# ARGOMENTI DI GERIATRIA

Prima edizione italiana dalla VI edizione inglese  
a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato di 172 pagine  
f.to cm 17x24  
€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali



## Percorsi protetti per gli anziani: esperienza dell'U.O. di Geriatria presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

E. Maltagliati, M. Ferretti, A. Rossetti

Direzione Sanitaria, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Fondazione IRCCS, Milano

U.O. di Geriatria, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Fondazione IRCCS, Milano

L'invecchiamento della popolazione comporta il mutamento del quadro nosografico e richiede un adeguamento del Sistema socio-sanitario (WHO, 2005; Hazzard, 2000). In questo contesto l'ospedale si trova spesso ad essere al crocevia della richiesta assistenziale espressa dall'anziano.

L'ordinamento legislativo italiano sancisce l'accessibilità e l'adeguatezza dei servizi socio-sanitari per tutti i cittadini, specie per i soggetti non autosufficienti e per gli anziani. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (PSN, 2003) pone in evidenza proprio l'assistenza agli anziani e ai disabili, la promozione della salute tramite l'integrazione socio-sanitaria e il potenziamento della medicina del territorio. Viene in tal modo incentivata la continuità della cura anche dopo la dimissione dall'ospedale, quando la fase acuta della malattia è stata superata (Documento congiunto SIGG-SIGOs, 2003). La "dimissione protetta" risponde a queste nuove esigenze ed è rivolta agli anziani affetti da condizioni cliniche precarie o disabilitanti o senza un adeguato supporto familiare. Per conseguire questo obiettivo vengono previsti piani di azione che permettano di raccordare l'intervento ospedaliero con i servizi di assistenza sul territorio, ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semi-residenziali, attraverso il coinvolgimento delle diverse figure professionali e la valorizzazione dell'assistenza distrettuale.

All'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, presso l'U.O. di Geriatria, diretta dal Prof. C. Vergani, per l'anziano ricoverato in degenza ordinaria viene attivata, da una équipe multiprofessionale composta dal geriatra, dall'assistente sociale e dall'infermiere, una procedura

che mira a definire un piano assistenziale personalizzato che assicuri la prosecuzione del percorso di salute sotto l'aspetto terapeutico, riabilitativo e socio-assistenziale. Infatti qualora le condizioni per il rientro al domicilio non sussistano per inadeguato supporto della famiglia si prendono in considerazione soluzioni alternative quali il ricovero, anche temporaneo, in RSA o in luoghi di cura come l'hospice per pazienti in stadio terminale. A questo proposito è da segnalare la convenzione con l'Istituto Pio Albergo Trivulzio per il trasferimento dei pazienti degenti presso il nostro ospedale.

Il coinvolgimento del medico di famiglia è un fattore importante nella definizione del programma assistenziale.

Per il successo della "dimissione protetta" l'U.O. di Geriatria si interfaccia anche con l'U.O. di Medicina d'Urgenza, per il trasferimento dei pazienti stabilizzati, non più bisognosi di terapia intensiva. In questo caso la struttura di riferimento è il "reparto di struttura intermedia" di una RSA con cui la Fondazione ha in essere una convenzione. In tal modo viene a realizzarsi la *intermediate care* (Melis et al., 2004) che consente il recupero completo del paziente e la programmazione di una dimissione protetta. Il trasferimento evita inoltre che l'U.O. di Medicina d'Urgenza, spesso gravata da degenti anziani, si trasformi "in un settore ove i pazienti accettati dal Pronto Soccorso (PS) per patologia acuta sostino per l'indisponibilità di letti nel resto dell'ospedale" (Ministero della Salute: [www.fadoi.org/news/news.html?ID=116](http://www.fadoi.org/news/news.html?ID=116)).

L'U.O. di Geriatria ha attivato un altro tipo di percorso protetto rivolto agli anziani che si presentano al PS

dell'ospedale a causa di bisogni socio-sanitari complessi, ma in assenza di una attuale patologia acuta suscettibile di ricovero ospedaliero (Ballabio et al., 2004). Accade, infatti, che su tre anziani che si presentano in PS due non vengano ricoverati ma rinviiati a domicilio dopo la visita. Ne consegue spesso un ricircolo "domicilio-ospedale-domicilio" che comporta uno scadimento della qualità della vita dell'anziano il quale esprime in una sede impropria come il PS un bisogno che non trova soddisfacimento altrove. Il disagio espresso dall'anziano in PS non può essere disatteso dall'ospedale. L'U.O. di Geriatria ha, pertanto, attivato una procedura per la gestione e il follow-up di questi pazienti. Presso il PS sono distaccati due medici geriatri, vere e proprie sentinelle a diretto contatto con i bisogni multiformi espressi dagli anziani e dai loro familiari. Essi individuano, d'accordo con il medico di PS, i casi che necessitano di una valutazione multidimensionale e li avviano ad una visita ambulatoriale presso la U.O. di Geriatria. La visita, prenotata al momento della dimissione dal PS, avviene nell'arco di due-tre giorni perché l'ambulatorio di Geriatria mantiene posti disponibili per gli anziani provenienti dal PS.

I bisogni socio-sanitari dell'anziano, sia nel caso del ricovero ospedaliero sia nel caso del passaggio dal PS all'ambulatorio di Geriatria, vengono identificati attraverso la valutazione multidimensionale e interpretati tramite lo "Schema polare" (Vergani et al., 2003; Vergani et al., [http://www.ageronline.it/diager/dload\\_diager.htm](http://www.ageronline.it/diager/dload_diager.htm)).

Questo strumento consente di visualizzare simultaneamente i risultati ottenuti utilizzando scale di valutazione nei settori cognitivo-comportamentale, funzionale-organico e socio-ambientale-relazionale. L'utilità dello "Schema polare" consiste nell'offrire una visione d'insieme della valutazione multidimensionale cui il paziente è stato sottoposto, nel permettere di confrontare le valutazioni seriate che si effettuano durante il follow-up e nel consentire il monitoraggio degli outcome.

In definitiva, la cura dell'anziano richiede non solo la

soluzione delle problematiche cliniche e dell'assistenza continuativa, ma anche la gestione del disagio sociale. L'esperienza finora maturata segnala che al disagio dell'anziano corrisponde spesso il disagio della famiglia sulla quale grava il carico assistenziale. Per questo motivo l'U.O. di Geriatria deve inserirsi in una rete che metta in collegamento l'ospedale, il medico di famiglia e i servizi sociali. La complessità dei bisogni espressi da una popolazione che invecchia deve essere quindi motivo di ripensamento dell'organizzazione socio-sanitaria: una sanità esclusivamente "ospedalocentrica" che mira a risolvere il singolo evento clinico non è certamente in grado di garantire salute e benessere ai segmenti fragili della popolazione.

## BIBLIOGRAFIA

Ballabio C, Ferretti M, Vergani C. Valutazione di soggetti anziani di età >75 anni afferenti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. *Geriatria* 2004; Suppl. Vol. XVI (2): 116.

Documento congiunto SIGG-SIGOs. Il modello di assistenza continuativa per l'anziano: l'Unità Geriatrica per acuti nella rete dei servizi. *G Gerontol* 2003; 51: 47-50.

Hazzard WR. The Department of Internal Medicine: hub of the Academic Health Center Response to the aging imperative. *Ann Intern Med* 2000; 133: 293-296.

Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Parker SG, van Eijken MIJ. What is intermediate care? *BMJ* 2004; 329: 360-361.

Ministero della Salute: Documento Commissione Urgenza-Emergenza.

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. DPR 23 maggio 2003. *Gazzetta Ufficiale* 18 giugno 2003 Suppl. Ord. 95, n. 139.

Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. La valutazione multidimensionale dell'anziano. Lo schema polare. *G Gerontol* 2003; 5: 42-46.

Vergani C, Corsi M, Vecchiato T. Diager: La valutazione multidimensionale dell'anziano. Il diagramma polare. [http://www.ageronline.it/diager/dload\\_diager.htm](http://www.ageronline.it/diager/dload_diager.htm).

World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO, 2005. <http://www.fadoi.org/news/news.html?ID=116>.

# L'anziano demente e la sua famiglia: curare le relazioni familiari per curare il paziente

Un contributo integrato dalla psicoanalisi e dalle scienze cognitive

Rosa Della Bona

Psicoterapeuta

**A** fronte delle recenti, importanti scoperte delle neuroscienze sul funzionamento del cervello, ci si è ancora poco interrogati su come soggettivamente si senta una persona anziana affetta da demenza e su come funzioni il suo apparato psichico. Eppure il danno a livello cerebrale comporta alterazioni significative del senso di identità portando pian piano l'interessato, i familiari e le persone care a sentire che egli non è più la stessa persona, perché è stato colpito il cuore della personalità. Per questo la paura, il disorientamento e la confusione colpiscono anche i familiari con conseguenze cariche di sofferenza; si rompono importanti equilibri personali che spesso incidono sulla stabilità dei rapporti familiari, perché "la malattia attacca e fa vacillare il sentimento di riconoscimento reciproco".

Numerose ricerche in campo psicosociale evidenziano che l'assistenza ai pazienti può provocare gravi disturbi fisici e mentali sia agli operatori che ai familiari. Queste ricerche mostrano, ad esempio, che chi convive con il malato è più riluttante a chiedere aiuto, ma che ha anche più probabilità di essere depresso rispetto ai familiari che non convivono con il paziente, tanto che i familiari conviventi sono stati definiti "le vittime nascoste della demenza" (Tamanza, 1998). Tra l'altro, chi presta assistenza al malato è di solito il coniuge, anche lui anziano, o un suo figlio, più spesso una figlia, a sua volta in un'età particolare: quella involutiva del climaterio, che molti studi evidenziano come la più a rischio per la depressione, a sua volta ritenuta da più parti un fattore di rischio della demenza (Ciompi e Lai, 1968; Mecocci et al., 2002). Queste osservazioni confermano che è necessario sviluppare strategie preventive a salvaguardia

dei familiari e quindi a beneficio delle persone malate da loro assistite. Ma c'è un secondo motivo, non meno importante, per cui vale la pena di occuparsi dei familiari: essi sono testimoni privilegiati della storia del paziente, ed hanno intrattenuto ed intrattengono con lui, per lo più inconsapevolmente, una *relazione di ruolo* (il termine "ruolo" si riferisce qui ad un modello di reazione psicosociale e di comportamento atteso o desiderato), da sempre caratterizzata da *rispondenze reciproche* (Sandler, 2002). Queste "conoscenze", se esplicitate e rese utilizzabili, non solo possono essere di aiuto ai familiari per padroneggiare meglio la loro difficile situazione, ma possono fornire interessanti ipotesi di ricerca per comprendere la *soggettività* dell'anziano demente ed il funzionamento del suo apparato psichico. Le note che seguono descrivono la mia esperienza con un gruppo di auto-aiuto per i familiari, promosso dal Comune di Brescia in collaborazione con l'Associazione "Don Benedini", costituitosi circa un anno fa. Nell'esposizione distinguerò le ipotesi teoriche che hanno guidato questo lavoro dalla presentazione di alcuni casi clinici: in realtà nella conduzione dell'esperienza questi due aspetti (teorico e clinico) si sono intrecciati ed arricchiti a vicenda.

## LE IPOTESI TEORICHE

Le ricerche nel campo delle neuroscienze hanno evidenziato diversi tipi di memoria (Tab. 1).

La memoria dunque non è solo ciò che siamo in grado di ricordare consciamente del passato; secondo

Tabella I

FORME DI MEMORIA	
Memoria implicita	Memoria esplicita
Memoria precoce: presente fin dalla nascita	Memoria tardiva: presente a partire dal secondo anno
Non è associata all'esperienza soggettiva interna di "stare ricordando qualcosa", né a un senso di sé e del tempo	È associata all'esperienza soggettiva di "stare ricordando qualcosa", e nel caso della memoria autobiografica ad un senso di sé e del tempo
È implicata nella creazione di modelli mentali di noi stessi e degli altri nel mondo: la sintesi e la generalizzazione delle esperienze fatte porta alla formazione di <i>schemi</i> o <i>modelli mentali</i>	In un primo tempo si forma una memoria <i>semantica</i> a partire dal secondo anno di vita. Successivamente dai diciotto ai trentasei mesi si forma una memoria <i>episodica</i> ( <i>autobiografica</i> )
La nostra realtà implicita comprende diverse forme di memoria: risposte comportamentali, reazioni emozionali, categorizzazioni percettive, schemi di noi stessi e degli altri. Quando queste memorie vengono successivamente riattivate ("richiamate"), non sono accompagnate da un senso di sé, del tempo, o dalla sensazione di stare ricordando qualche cosa, ma semplicemente creano l'esperienza mentale, di comportamenti, emozioni, o percezioni. È mediata dai circuiti coinvolti nella registrazione iniziale, indipendenti dal lobo temporale mediale/ippocampo.	L'immagazzinamento dei ricordi richiede il coinvolgimento dell'ippocampo: inoltre i processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un'attenzione focalizzata. Ricordi selezionati entrano a far parte della memoria permanente attraverso processi di consolidamento corticale
I processi narrativi autobiografici sono influenzati direttamente sia dalla memoria implicita, sia da quella esplicita. La riattivazione dei ricordi espliciti è "contesto-dipendente". Inoltre sappiamo che noi sentiamo, percepiamo e filtriamo gli elementi della nostra memoria esplicita attraverso i modelli mentali della memoria implicita.	
Fonte: Siegel D. La mente relazionale. Raffaello Cortina, Milano, 2001	

questa definizione molto più ampia, è l'insieme dei processi in base ai quali gli eventi del passato influenzano le risposte future. Gli avvenimenti passati possono influire in maniera diretta su come e che cosa impariamo, anche se di tali avvenimenti non necessariamente abbiamo un ricordo conscio: le nostre esperienze precoci modellano il nostro modo di comportarci e di avere rapporti con gli altri, anche se non siamo in grado di ricordare quando queste esperienze si sono verificate.

*Ma che cosa succede alla memoria dell'anziano demente?* Possiamo ipotizzare che alla graduale perdita della memoria esplicita, corrisponda un'emersione più consistente e visibile di quella implicita e soprattutto di quegli schemi mentali più primitivi, formati nei primi anni di vita, che danno una particolare forma e organizzazione alle esperienze attuali dell'anziano demente. Questa ipotesi può essere meglio approfondita ed avvalorata:

- dal punto di vista del *cognitivismo*: R.B. Clyman (Clyman, 1991), rifacendosi in particolare a Piaget e alle neuroscienze, ipotizza l'esistenza, accanto alle procedure cognitive, di un'*organizzazione procedurale delle emozioni* che si forma molto presto nell'infanzia e che resiste agli effetti dell'amnesia infantile; le procedure cognitive sono, per così dire, colorate dalle procedure emozionali nel corso di tutta la vita (vedi anche Damasio, 1995; Damasio, 2003);
- dal punto di vista della *psicoanalisi*: J. e A.M. Sandler (Sandler, 2002) arricchiscono la comprensione del funzionamento di queste procedure, o *matrici dinamiche*, come essi le chiamano. "Le matrici dinamiche dell'inconscio passato (il concetto di inconscio passato di J. e A.M. Sandler è molto simile a quello di memoria procedurale), pur formatesi nella prima infanzia, sono strutture psicologiche attualissime ed attive e costituiscono il *bambino dentro* (...). Sono responsabili di una tendenza persistente ed ineliminabile

della persona a funzionare come se fosse un bambino piccolo di quattro, cinque anni (...). Questa tendenza provoca nel bambino più grande e nell'adulto continui conflitti disturbanti e potenzialmente patogeni, che devono essere affrontati in qualche modo all'interno dell'inconscio presente dove questo insieme di schemi, procedure, regole dei primissimi anni di vita vengono avvertite come inappropriate o minacciose per l'equilibrio della persona adulta (...) e quindi censurate e sottoposte all'azione difensiva che le inibisce o modifica per renderle più accettabili alla coscienza", al fine di mantenere il maggiore sentimento di benessere e sicurezza possibile: criterio dominante del funzionamento dell'apparato psichico. Il bisogno di mantenere il sentimento di sicurezza è di enorme importanza per l'adattamento<sup>1</sup> (Sandler, 1981): esperienze di ansia o di disorganizzazione abbassano il livello di sicurezza ed inducono comportamenti che a prima vista sembrano non adattivi, ma in realtà lo sono, perché mirano a ristabilire un livello minimo del sentimento di sicurezza (vedi, ad esempio, il comportamento stereotipato e bizzarro degli psicotici, teso a creare una situazione percettivamente stabile; o, ancora, le persone sofferenti di nevrosi post-traumatica che continuano "a rivivere" l'esperienza traumatica al fine di padroneggiare l'ansia e ristabilire il sentimento di sicurezza).

Possiamo ipotizzare che le relazioni attuali dell'anziano demente si caratterizzino per un'irruzione diretta di queste matrici dinamiche primitive, quanto più risulta indebolito il lavoro di elaborazione e mediazione della censura e delle attività difensive più evolute, condizionate dai processi del pensiero secondario che consente l'esame di realtà. L'attività di queste matrici assume una importante funzione adattiva, in quanto contribuisce a ristabilire il sentimento di sicurezza che la malattia ha fatto vacillare.

Ma quali caratteristiche ha questa disinibizione delle strutture più arcaiche nell'anziano demente? Se non ci accontentiamo di una risposta che si riferisca esclusivamente ad una causa organica conseguente ai danni a livello cerebrale, possiamo chiederci: se è vero che il cervello è un organo "esperienza-dipendente" (Siegel,

2001), giocano un qualche ruolo anche le vicende della vita e come ciascun individuo "le metabolizza", plasmando quindi il suo cervello e viceversa? In particolare, quale ruolo giocano esperienze soggettivamente dolorose e traumatiche nel dare proprio quella particolare forma ai "disturbi comportamentali" di ogni persona malata? Ha un senso il fatto che molto spesso i familiari, più o meno consapevolmente, parlino "di una causa scatenante" della malattia? Si tratta solamente di un tentativo di dare un senso alla loro esperienza sconvolgente? O si può ritenere che questo tentativo sia un punto di partenza ragionevole, per cercare il filo della continuità e dell'integrazione fra la relazione passata e quella attuale con il loro congiunto malato, tale da consentire loro di riconoscersi e, in questo riconoscimento, di trovare un po' di sollievo al dolore e alla confusione?

Ciò che i familiari presentano per prima cosa nel gruppo è la relazione quotidiana con il loro congiunto malato, entrata in crisi con l'avvento della malattia. Possiamo ipotizzare che questa crisi sia causata dalla irruzione di una relazione di ruolo che era da sempre caratterizzata da risponderne reciproche (cioè strutturate per lo più sulla forma delle matrici dinamiche), mantenutasi relativamente stabile nel corso degli anni, ma mitigata dai processi del pensiero secondario e dall'esame di realtà: individuare gli elementi di continuità tra passato e presente di queste risponderne reciproche, può consentire ai familiari di ritrovare quel filo; divenendone consapevoli, essi possono padroneggiare meglio la situazione, ristabilendo il loro sentimento di sicurezza nella relazione con il loro congiunto malato in modo più realistico ed adeguato. Su questa ipotesi si basa il lavoro nel gruppo di autoaiuto per i familiari. Ma vediamo più concretamente come questa ipotesi può essere utile con la presentazione di alcuni casi.

## I CASI CLINICI

**Gianna e sua figlia Giulia** parlano della sorella di Gianna (zia per Giulia) che ha 70 anni, in cura da quattro

<sup>1</sup> Con il termine adattamento mi riferisco qui ancora alla teoria psicoanalitica, in particolare a J. Sandler; secondo il quale l'apparato psichico funziona, tra l'altro, "per mantenere uno stato stabile (...) di fronte alle continue alterazioni che possono sorgere sia dall'interno che dall'esterno dell'individuo (...). I processi di adattamento a loro volta producono cambiamenti nella struttura e nel modo di funzionare dell'apparato psichico. Questo modo di considerare l'adattamento è radicalmente diverso da quello che tiene conto soltanto dell'adattamento sociale. Dal punto di vista psicoanalitico perfino il comportamento autodistruttivo più vistoso, del tutto disadattivo dal punto di vista sociale, può essere ritenuto come il risultato di un adattamento psicologico".

anni per Alzheimer: Giulia in particolare esprime una preoccupazione per la madre "esaurita" dall'accudimento della sorella "dispettosa, oppositiva" (grosso problema: le fughe). Gianna e la sorella abitano attualmente in centro in due appartamenti attigui e, nonostante il sollievo per la frequenza al centro diurno, Gianna è costantemente in allarme per i guai che la sorella combina.

**Storia:** Gianna racconta una storia familiare molto difficile. Il padre a 74 anni è stato trovato morto in un bosco (abitavano in una regione del Centro Italia) per "una fuga da Alzheimer, anche se allora non si chiamava così". In realtà era sempre stato un uomo molto ansioso e pauroso: "dormiva sempre con la luce accesa per la paura". Restò vedovo a 33 anni con sei figli! Tutti più o meno con storie problematiche, "con l'esaurimento nervoso". Attualmente due sorelle sono malate di Parkinson, un'altra di demenza ed abitano in altre città. Alla morte della mamma, tre sorelle vengono mandate in collegio dalle suore, tra esse anche Gianna (tre anni) e questa sorella (cinque anni). Del collegio Gianna ricorda la durezza, i maltrattamenti, il cibo scarso, il freddo ed il rapporto molto intenso con sua sorella. Di sé ricorda le reazioni a questi disagi e le conseguenti punizioni, la sorella invece diceva sempre sì, poi magari faceva di testa sua, anche se era piena di malesseri: tachicardie, difficoltà respiratorie, ecc. (descrittivamente attacchi di panico) e Gianna, nonostante fosse più piccola, sentiva di doverla proteggere. La sorella esce dal collegio a 21 anni e per un anno vive con il padre, facendo la pendolare tutti i giorni, sobbarcandosi in treno un tragitto lunghissimo per recarsi al lavoro (come infermiera). Gianna nel frattempo si sposa e viene ad abitare a Brescia. Dopo la morte tragica del padre, anche la sorella si trasferisce a Brescia e conduce una vita molto ritirata: non sembra aver avuto rapporti affettivi né di amicizia; stava per lo più sola nella sua casa, pulita ossessivamente, e al lavoro, presso Istituzioni dirette, guarda caso, da suore! Nel lavoro si conquista la fiducia e l'affetto per la sua disponibilità, ma quando questa conquista si realizza, di punto in bianco ed inspiegabilmente cambia lavoro e ricomincia daccapo. Gianna riferisce dei malesseri ciclici della sorella (descrittivamente attacchi di panico, sintomi ossessivi).

**Ipotesi:** La personalità premoribosa sembra evidenziare una fobia estrusiva, alla cui base sta una scarsa definizione dei confini del Sé, indicativa di una intensa e dolorosa ambivalenza nei confronti dell'attaccamento, vissuto come tanto desiderabile, ma anche come con-

fondente, annientante: da qui la necessità di difendersi, con una tacita oppositività (definisce i propri confini del Sé facendo "il contrario") e con il distanziamento (fughe), un tempo meno evidenti, perché accompagnati da un esame di realtà più adeguato (matrice). Forse per Gianna può essere di sollievo comprendere che i "dispetti" della sorella, la sua oppositività, le sue fughe, non sono tanto degli agiti contro di lei, ma l'estremo tentativo di proteggersi dal suo intenso desiderio di attaccamento, che per il suo fragile Sé (tanto più fragile adesso) è accompagnato indissolubilmente dalla paura di essere annientata. Può essere anche utile per Gianna comprendere la sua ambivalenza nei confronti della sorella: da un lato l'origine antica della sua rabbia per le aspettative deluse che la sorella più grande si occupasse di lei e, dall'altro, il suo bisogno di controllarla continuamente per la paura di perderla.

**Lidia**, 75 anni, ci parla del marito Paolo, malato di Alzheimer da più di 10 anni: ormai quasi completamente afasico, confuso, spesso agitato, benché fisicamente forte e in "forma".

La signora Lidia dice di essersi ormai "adattata" alla situazione del marito, anche se ciò che la preoccupa è "la sua incontrollabilità": rompe in continuazione e con molta abilità tutte le serrature delle porte che trova chiuse e fugge (una volta è stato trovato alle due di notte a venti chilometri da casa!); o, ancora, a tavola si abbuffa con la testa sul piatto e, se la signora Lidia glielo allontana per invitarlo a mangiare con calma, egli cerca di infilarle la mano con la forchetta ("come se volessi affamarlo!").

**Storia:** La signora Lidia racconta di un matrimonio sereno, dei loro due figli, ma anche di eventi dolorosi e traumatici: un paio d'anni prima della diagnosi della malattia, la loro famiglia è stata colpita da numerosi lutti violenti ed improvvisi. Racconta anche delle loro origini istriane, della nostalgia per il mare, per il nuoto (abilità che il sig. Paolo conserva ancora adesso!). Mi viene in mente di chiedere alla signora Lidia se la loro venuta a Brescia abbia avuto a che fare con le vicende della guerra e in che modo il marito ne fosse stato coinvolto. In effetti essa racconta che la sua famiglia d'origine e quella del marito (allora non erano ancora sposati) sono state sfollate a Brescia e che il marito non ne sapeva nulla, perché era prigioniero in Africa: solo dopo cinque anni di dura prigionia e dopo affannose ricerche, è riuscito a ricongiungersi con i suoi cari. Alla signora Lidia ora viene in mente che all'esordio

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

della malattia (la diagnosi non c'era ancora), il marito esasperava tutti, raccontando in continuazione della sua prigionia e di come fosse stato bravo a cavarsela. Le viene anche in mente che se lei lo stimola a parlare, chiedendogli: "Paolo, come mi chiamo io?" ... "mi chiamo Li... Li...", la risposta è: "Libertà!".

**Ipotesi:** è pensabile che il sig. Paolo "riviva" la sua esperienza della prigionia, dalla quale è uscito libero, "nella prigionia" della demenza, come a ricercare, illusoriamente purtroppo, la via di fuga già sperimentata con successo. È pensabile che la matrice di "amante della libertà" sia riconducibile ad aspetti adattivi, antichi, e radicati nel carattere del sig. Paolo, ad esempio, come lavoro faceva l'autista di autobus.

Per la signora Lidia "ri-conoscere" in questo modo il marito, può essere di conforto e può aiutarla ad essere meno ansiosa e confusa a beneficio anche del signor Paolo.

## CONCLUSIONI

Sul versante dell'esperienza soggettiva dell'anziano demente, possiamo ipotizzare che, a fronte della graduale disorganizzazione delle strutture cognitive, le strutture emozionali (o matrici dinamiche) assumano la forma di antichi e primitivi aspetti adattivi, tesi a ristabilire il sentimento di sicurezza. Se è così, vale la pena di intervenire anche con "mezzi psicoterapeutici", quanto meno per contenere gli effetti più regressivi e disturbanti della malattia che rischiano di innescare nelle relazioni del malato, specie quelle familiari, reazioni a catena cariche di sofferenza per tutti.

A me sembra di poter individuare alcune aree di lavoro dove l'osservazione, la ricerca e l'intervento possono andare di pari passo ed arricchirsi a vicenda:

- con i familiari: colloqui, gruppi di sostegno;
- con gli operatori: gruppi di supervisione;
- con gli anziani dementi nelle fasi iniziali, ma anche con i depressi o con persone che manifestino comunque una qualche forma di disagio psichico: colloqui, gruppi di sostegno (alcune esperienze sembrano confortanti in questa direzione: vedi Ploton, 2003; Le Goués, 1995).

In ogni caso l'ascolto delle esperienze dei familiari, ha messo in luce che la loro conquista di una immagine più chiara delle caratteristiche di questa patologia, tale da consentire loro di sentirsi vicini al congiunto malato, è il risultato non solo della corretta informazione fornita dai medici, ma anche e soprattutto di un prolungato e doloroso lavoro di elaborazione affettiva e di ricerca di un nuovo adattamento mentale.

## BIBLIOGRAFIA

- Ciampi L, Lai G. Dépression et Vieillesse. Huber, Friburgo, 1968.
- Clyman RB. The procedural organization of emotion: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1991.
- Damasio A. L'errore di Cartesio. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Damasio A. Alla ricerca di Spinoza. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Le Goués G. La psicoanalisi e la vecchiaia. Borla, 1995.
- Mecocci P, Cherubini A, Senin U. Invecchiamento cerebrale, declino cognitivo, demenza: un continuum? Critical Medicine Publishing, Roma, 2002.
- Ploton L. La persona anziana. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Sandler J e AM. Gli oggetti interni. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Siegel D. La mente relazionale. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Tamanza G.C. La malattia del riconoscimento. L'Alzheimer, le relazioni familiari, il processo di cura. UNICOPLI, Milano, 1998.

# 7 LUOGHI DELLA CURA



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,  
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti  
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,  
in particolare quando il bisogno rende necessario  
un supporto organizzato.*

#### DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

#### COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura,  
Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti,  
Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,  
Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini,  
Marco Trabucchi, Daniele Villani



## ABBONATEVI

*Abbonamento annuo (4 numeri) € 10,00*

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *7 Luoghi della Cura* per l'anno 2006

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00  
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00  
sulla mia Carta di Credito

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma .....

## Essere nonno

**Matteo Perrini**

*Presidente Cooperativa Cattolico Democratica di Cultura*

*Pubblichiamo l'intervento tenuto dal prof. Matteo Perrini nel corso di una riunione tenuta a Brescia per celebrare la Giornata dei Nonni (lo scorso 2 ottobre 2005). Nel ricordare ai lettori l'impostazione che la SIGG ha voluto dare alla giornata che si terrà quest'anno (2006), cioè un forte e capillare impegno di formazione di tutte le categorie di operatori al servizio dell'anziano, riteniamo utile diffondere lo scritto di un nonno che ha saputo dare una lettura elegante e culturalmente profonda del proprio ruolo, che ha valenze affettive, ma anche grande importanza educativa. I nonni hanno un ruolo significativo nella formazione della personalità di chi sarà chiamato in un futuro prossimo a responsabilità pesanti e compiti difficili. Sono quindi donatori di affetti, ma anche costruttori di libertà e dignità.*

\* \* \*

**T**ra le cose che più incidono nella nostra esistenza alcune rinviano ad esperienze esemplari, altre nascono da uno stato di mancanza. Da quasi un quarto di secolo vivo con gioia il mio ruolo di "nonno", ma non ho conosciuto neppure uno dei miei quattro nonni. Parlare della mia esperienza di nonno non è facile perché quel ruolo va interpretato in tanti modi e in rapporto a situazioni assai diverse. Qui tenterò solo di individuare nei problemi che ci stanno a cuore alcuni aspetti a mio avviso significativi.

Per rendere meno generico quanto sto per dire ritengo doveroso effettuare una distinzione preliminare relativa alla diversa età dei nipoti: nel mio caso, il primo è iscritto al quarto anno di ingegneria e l'ultimo ha solo quindici mesi. Devo confessare che il "primato", di volta in volta, io l'ho sempre conferito al più piccolo, perché oggettivamente più bisognoso di cure, senza per questo nulla togliere agli altri.

Sin dall'inizio presi una decisione che si è rivelata la più gradita agli interessati: venendo dai nonni, in qualsiasi momento, essi hanno sempre avuto un'accoglienza festosa e sono stati liberi di irrompere nello studio e di farla da padroni, quali che fossero i miei impegni di lavoro. Nulla, infatti, è più dolce dell'infanzia dei nipoti e io non ho mai sopportato che, all'arrivo dei miei ospiti più importanti, gli adulti li ignorassero mettendosi a

discutere tra loro. In cento modi, un poco ogni giorno, noi dobbiamo iniziare i nostri nipotini a un'esperienza esaltante. Novalis osservava che "dove sono i bambini lì c'è un'età dell'oro" e noi abbiamo il compito di aprire i loro occhi a tutto ciò che è bello: occorre, infatti, abituarli a contemplare un fiore di campo o un vaso di ciclamini, offrire loro la visione di uno splendido tramonto, di un arcobaleno, di una serata illuminata dalla luna, o del cielo stellato. Tutto ciò non è affatto superfluo, perché un mondo deserto di bellezza non sarebbe più un mondo abitato da creature umane, ma da mostri. Noi nonni non dobbiamo dimenticare che oltre alle canzoncine graziose e giocose della scuola materna occorre selezionare con cura brani musicali di grandi maestri, ma pienamente accessibili ai piccoli, e ascoltarli insieme, anche attraverso una videocassetta, stando seduti accanto a loro. Ci vuole molta misura e buon gusto in questo tipo di iniziazione, ma anche costanza nel destare disposizioni preziose che il bambino porta dentro di sé.

Si sa che nell'infanzia si può educare divertendo e il tramite elettivo per raggiungere un simile risultato rimane pur sempre *il racconto e la lettura*. L'uno e l'altra preparano mirabilmente alla vita conservando il genio dell'infanzia, sempre protesa a cercare il meraviglioso e l'eroico. Il racconto e la lettura suggeriscono un modo

di vedere le cose attraverso l'immaginazione e la fantasia: apprendoci a una pluralità di conoscenze e di sentimenti, contribuiscono in maniera suggestiva a intuire il valore morale e a modificare gli atteggiamenti pratici dei fanciulli.

I fanciulli sono insaziabili nel chiederci sempre nuove storie e nel farcele ripetere, soprattutto se nelle vicende dei protagonisti ravvisano avventure e disavventure, monellerie e atti generosi dei loro genitori, degli zii e dei cugini quando erano ancora piccoli come loro. I nonni, però, devono assolutamente bandire dai loro racconti e dalle loro letture l'orrido, il macabro, quel mondo popolato da mostri, streghe, maghi e diavoli perché, quando il bambino si trova solo, ed evoca quelle orribili rappresentazioni, ne è terrorizzato. Sono molte le cose belle e persino sublimi che possono incantare e commuovere profondamente insieme nonni e nipotini. Penso in particolare alla storia di Giuseppe e dei suoi fratelli e a tanti altri episodi dell'Antico Testamento, senza parlare dei miracoli, delle parabole, della vita di Gesù e dei suoi insegnamenti.

Un'ultima annotazione sul nostro modo di stare con i nostri nipotini. Nel capitolo XXI del celebre libro *"Il piccolo principe"*, leggiamo che il piccolo principe ha fatto conoscenza della volpe e si sono dati appuntamento per l'indomani. Quando il piccolo principe arriva dalla volpe si sente accogliere con queste parole:

*"Sarebbe stato meglio ritornare alla stessa ora. Se tu vieni, per esempio, tutti i pomeriggi alle quattro, dalle tre io comincerò ad essere felice. Col passare dell'ora aumenterà la mia felicità. Quando saranno le quattro, incomincerò ad agitarmi e ad inquietarmi; scoprirò così il prezzo della felicità! Ma se tu vieni non si sa quando, io non saprò mai a che ora prepararmi il cuore... Ci vogliono i riti".*

*"Che cos'è un rito?"* disse il piccolo principe.

*"È quello che fa un giorno diverso dagli altri giorni, un'ora dalle altre ore".*

Ebbene, i nipoti sono innamorati dei "riti", e non solo i più piccoli. Tra molti esempi ne cito un paio. Quando, all'uscita dalla scuola materna, il penultimo dei nipoti, Pietro, viene a salutare i nonni, egli si aspetta, ben allineati sul tavolo della cucina, tre piccoli doni: una bibita, a cui il limone conferisce una sorta di colore rosso

porpora, e la cannuccia per berla; due caramelle mou; tre biscotti rigoli. Allo stesso modo, quando una volta alla settimana il venerdì sera si ferma a dormire con la nonna, il dono atteso è ascoltare o farsi leggere un racconto evangelico.

Ora, per non abusare della vostra pazienza, mi avvio alla conclusione. Quando un nipote diventa adolescente, l'attenzione per lui non diminuisce affatto, ma ognuno dei nonni deve allora far sue, alla lettera, le parole pronunciate da Giovanni Battista nei confronti di Gesù: *"Bisogna che egli cresca e che io diminuisca"* (Gv. 3,30). La dimensione affettiva sarà salvaguardata e resa ancora più intensa solo se i nonni non vorranno farsi valere in virtù della loro autorità: è questo, infatti, il momento in cui il loro "amore pensoso" dovrà essere espresso nelle sue modalità specifiche più alte quali la delicatezza d'animo, un atteggiamento di confidente attesa, la discrezione che nulla impone e tutto spera.

Queste convinzioni maturano in noi nonni solo col passare degli anni, lentamente e non senza fatica; ma esse sono invece ben presenti nell'animo dei nostri nipoti che vivono le inquietudini e le speranze dell'adolescenza. Ne ho avuto conferma da una mia nipote che mi ha offerto la sua diretta testimonianza. Io la ringrazio di tutto cuore e sono felice di chiudere il mio intervento con le sue stesse parole: *"Con i nonni si può avere un rapporto più profondo e personale di quello che si ha con i genitori; ci si può confidare con maggiore facilità perché loro non giudicano, ma consigliano amorevolmente. Hanno molta esperienza e, anche raccontando un semplice aneddoto del loro passato, sanno parlare al nostro cuore e alla nostra intelligenza. I nonni sono sempre un punto di riferimento quanto mai importante e solido per i loro nipoti. Caratteristica primaria di tutti i nonni degni di questo nome io penso che sia la gentilezza, che si manifesta in primo luogo nel mettere a nostra disposizione tutto il tempo di cui abbiamo bisogno per ritrovare serenità e fiducia sia in noi stessi che negli altri. Fin da bambina ricordo la magia che mi invadeva quando, fermandomi a lungo a casa vostra, mi pareva di respirare un'atmosfera senza tempo da cui era assente la fretta ed ogni motivo di ansia".*

Vi ringrazio per la vostra attenzione.

## “It Shouldn’t Be This Way. The Failure of Long Term Care”

Dal libro di Robert L. Kane & Joan C. West, Vanderbilt University Press, Nashville, 2005

**Marco Trabucchi**

Università di Roma Tor Vergata e Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

**R**obert Kane, uno dei fondatori della geriatria a livello mondiale, ha descritto in un volume la frustrazione personale incontrata negli anni di assistenza alla propria madre affetta da demenza. Kane, essendo un esperto di sanità pubblica, insiste molto nel suo “It Shouldn’t Be This Way. The Failure of Long Term Care” sulle ricadute organizzative che possono derivare dalla sua esperienza, conscio del proprio peso politico e del proprio prestigio culturale. Anzi, formalizza questo concetto quando sostiene che spesso i familiari sono ritenuti non affidabili nelle loro proteste perché troppo emotivamente coinvolti, mentre un familiare che è anche un professionista della materia riesce ad ottenere un ascolto più incisivo (proprio in quest’ottica ha fondato negli USA un’associazione nazionale di professionisti direttamente coinvolti nell’assistenza ad un parente anziano ammalato). Kane fa una serie di proposte forti, mettendo in luce che oggi il sistema di cure prolungate negli Stati Uniti (ma che dire dell’Italia?) è assolutamente inadeguato a sostenere un numero crescente di persone che devono transitare tra servizi che non parlano tra loro, medici che non si im-

pegnano nel coinvolgere il paziente e la sua famiglia nelle decisioni per il futuro, anche perché non ritengono di interesse indicare una prognosi, quando invece è spesso questa che permette di prendere decisioni motivate e adatte alla singola persona. Nella migliore delle ipotesi molti oggi ritengono il sistema delle cure prolungate un contenitore indistinto, dove si trova (talvolta!) un’assistenza caritatevole, ma dove quasi mai vige la logica di un rapporto paritario tra chi ha bisogno e chi offre il servizio.

Il coinvolgimento diretto di un medico nelle difficoltà ripetute che si incontrano in questo itinerario e nel senso di frustrazione che il cittadino vive può trasformarsi in un contributo a cambiare le cose sia perché lo stesso medico diviene portavoce accreditato di una condizione insostenibile, sia perché egli si può venir a trovare nella condizione di decisore sul piano clinico o di programmatore. Questa condizione ha riflessi anche di carattere generale, perché non è pensabile che il sistema delle cure prolungate possa continuare in una condizione di marginalità e di confusione (purtroppo ciò è vero anche in Italia, soprattutto nelle aree dove il comparto è poco sviluppato e alla ri-

cerca di una prospettiva di sviluppo armonico). Il coinvolgimento nel dibattito culturale e nelle decisioni concrete, nonché nell’attuazione dei servizi, di medici che hanno vissuto personalmente la crisi di dover gestire un proprio caro alla ricerca di un servizio adeguato e continuativo può rappresentare un contributo di grande valore pratico, oltre che una forte testimonianza civile.

Oggi nei sistemi di cura prolungata vi è una crisi indotta da incertezze nei vari ambiti che concorrono a costruire un sistema di protezione della persona anziana non autosufficiente. Vi sono problemi culturali, clinici, organizzativi ed economici; tutti però restano senza risposta se non si cerca di dare un significato al senso della vita delle persone in età avanzata che devono ricorrere ai servizi. Sostenere che non è compito dei servizi organizzati farsi carico di questo è un grave errore, perché mette in luce un atteggiamento pessimista che entra in crisi di fronte ai numerosi e pesanti problemi che via via si pongono. Organizzare quindi sistemi di supporto che coinvolgono il paziente e la sua famiglia, offrendogli la possibilità di decidere il suo futuro rispettandone la dignità e la libertà è – come sostiene Kane alla luce della sua personale esperienza – l’unico modo per non essere travolti dalle difficoltà. “Il sistema di long term care deve essere più umano e più competente. Non si deve avere il problema di scegliere tra qualità delle cure e qualità della vita. La cura della persona e le cure mediche non devono essere in contrasto tra loro. La fragilità che talvolta si accompagna al diventare vecchi è così traumatica di per se da non aver bisogno di essere peggiorata dal sistema di assistenza”.



CIC Edizioni Internazionali



J. Craig Nelson (ed.)

## PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

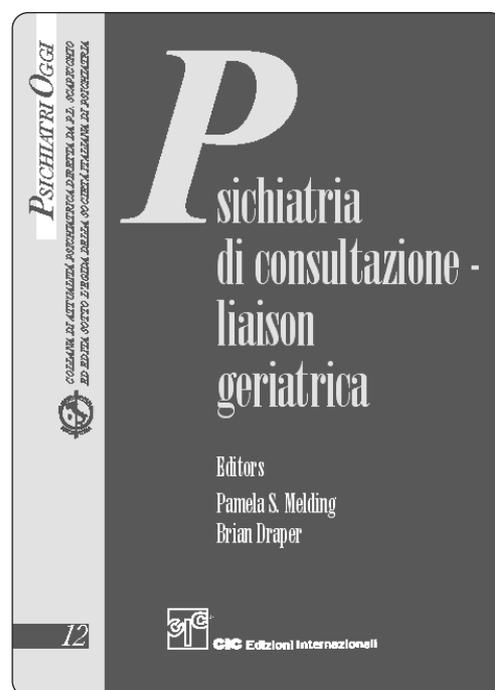
*Presentazione dell'edizione italiana  
a cura di P.L. Scapicchio*

Volume brossurato di 512 pagine  
f.to cm 17×24  
€ 36,15

P.S. Melding, B. Draper (eds.)

## PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE - LIAISON GERIATRICA

Volume brossurato di 434 pagine  
f.to cm 17×24  
€ 40,00



Richieste a:

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI S.r.l.

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma - Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - E-mail: info@gruppocic.it

Inviare assegno bancario intestato a CIC Edizioni Internazionali S.r.l.  
o effettuare l'acquisto on line, con transazione sicura, collegandosi al sito:  
[www.gruppocic.it/com](http://www.gruppocic.it/com)



