

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno V - N. 1
Marzo 2007
TRIMESTRALE

1/2007

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




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

SERENITY

PHOENIX

Assistiamo chi assiste.

- Leader italiano negli ausili per l'incontinenza.

- Formazione e consulenza.

- Assistenza post-vendita.

- Coordinamento servizi e risorse.

- Soluzioni su misura alle vostre esigenze.

- Centro Studi Serenity: ricerca e sviluppo.



Metodi, tecnologie nuove e la massima attenzione alla ricerca. Per monitorare, coordinare e programmare tutti gli interventi migliorativi nell'ambito dei prodotti e dei servizi collegati al mondo dell'incontinenza.

SERENITY

Tecnologia e Innovazione
al servizio dei valori umani.

Per maggiori
informazioni vai sul sito
www.serenity.it
www.artsana.it

 ARTSANA

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, Chiara Ciglia, 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 Arcangioli, responsabile (Roma)
arcangioli@gruppcic.it

Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio
garzonio@gruppcic.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@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.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 2007

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) 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). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o 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.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

© Copyright 2007



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

La primavera dei non autosufficienti

Cristiano Gori, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento

Carla Facchini, 7

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

La demenza e la morte

Antonio Guaita, 13

MATERIALI DI LAVORO

La cura e l'assistenza dei pazienti affetti da demenza: aspetti etici

Edoardo Manzoni, 18

ESPERIENZE

Un progetto pilota di gestione all'interno del Dipartimento di Salute degli Anziani e di Medicina Geriatrica presso l'Azienda Sanitaria di Bolzano

Guenther Donà, 24

Un originale approccio assistenziale alle necessità dell'anziano: "Globalcare in Geriatria"

Giovanni Bigatello, 29

I 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@gruplocic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura* per l'anno 2007

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

La primavera dei non autosufficienti

L'attuale dibattito su invecchiamento della popolazione e riforma del *welfare* è incompleto. Mentre la possibilità che una persona veda la propria età pensionabile passare da 57 a 60 anni agita gli animi, il rischio che la stessa persona diventi un 80enne non autosufficiente abbandonato dallo Stato non suscita clamore. L'acceso confronto sulla previdenza, infatti, contrasta con il silenzio sulle politiche per i non autosufficienti. Motivi per parlarne ve ne sarebbero. Non è certo necessario ripetere ai lettori di questa rivista i dati sulla presenza di non autosufficienti e di familiari e badanti impegnati ad assisterli, sull'inadeguatezza delle politiche pubbliche, sui trend attesi di invecchiamento nel futuro prossimo.

Il Governo Prodi ha introdotto il "Fondo per i non autosufficienti", con 100 milioni per quest'anno e 200 per ognuno dei successivi due, di cui non è stato ancora deciso l'utilizzo. Si tratta di una cifra simbolica rispetto a un fabbisogno di almeno 2-2,5 miliardi di Euro (la maggior parte delle stime scientifiche indicano cifre ben più alte). In realtà, finora la non autosufficienza è rimasta esclusa dal dibattito politico e l'Esecutivo non ha ancora manifestato le proprie intenzioni in merito. Il Governo, però, ha da tempo annunciato di voler riordinare le politiche di *welfare* entro la primavera.

Il confronto politico di queste settimane lo pone davanti a un bivio: costruire un progetto complessivo per una società che invecchia o continuare a concentrare l'attenzione solo sulla previdenza? Vediamo gli scenari possibili.

Il primo scenario prevede lo sviluppo di un'azione adeguata ad affrontare le domande di intervento che emergono con l'invecchiamento. In questo caso il Governo inserirà una riforma delle politiche per i non autosufficienti nel proprio pacchetto *welfare*. Le scelte su come impiegare le risorse del Fondo già finanziato costituiranno un tassello di un più ampio disegno. La riforma dovrebbe riguardare l'insieme dei settori coinvolti: i servizi sociali dei comuni, i servizi sociosanitari delle Asl, l'indennità di accompagnamento di responsabilità dello Stato; comprenderebbe un aumento della spesa pubblica finalizzato al ripensamento delle politiche e dovrebbe affrontare i nodi del sistema: gli inadeguati diritti delle persone non autosufficienti, l'eccessiva disomogeneità territoriale nell'offerta, la debole collaborazione tra servizi

sociali e sanitari. Un intervento, dunque, che incrementi le risorse, ampli i diritti, stabilisca poche e chiare regole valide per tutti. Si coronerebbe così un decennio di proposte avanzate da più parti, basti ricordare la "Commissione Onofri" (1997), i sindacati dei pensionati, la Commissione Affari sociali della Camera.

Nello scenario alternativo, invece, il dibattito rimarrà circoscritto alla previdenza. Il Governo non definirà una riforma per i non autosufficienti e si limiterà a decidere come utilizzare le risorse del Fondo, le cui dimensioni permetteranno al massimo alcune sperimentazioni. Si manterrà la medesima linea del precedente Esecutivo, il quale non introdusse cambiamenti di rilievo. Il costante invecchiamento continuerà ad allargare il divario tra bisogni e intervento pubblico.

All'estero, intanto, le riforme per i non autosufficienti si susseguono da oltre un decennio. Il lungo elenco è aperto dalla Germania (1995) e chiuso dalla Spagna, la cui riforma è in vigore dall'inizio dell'anno. L'esperienza spagnola contiene messaggi utili per l'Italia. Indica che pure in Paesi dove le politiche per i non autosufficienti sono tradizionalmente deboli si può invertire la rotta. Mostra che anche laddove queste politiche sono responsabilità per lo più di Regioni e Comuni, come è pure in Italia, solo un robusto intervento statale può fare la differenza. Segnala che inizialmente non è necessario disporre di tutte le risorse necessarie ma di un progetto. La Spagna prevede una crescita di spesa graduale nel tempo, ma all'interno di un percorso definito e guidato da obiettivi espliciti.

Il nodo della non autosufficienza, a ben vedere, riassume in sé molte delle criticità dell'attuale dibattito politico. Il difficile rapporto tra politica e realtà: è arduo trovare un bisogno per cui vi sia una maggiore distanza tra presenza nella società e assenza nella politica. La famiglia, quella concreta: la non autosufficienza è il principale impegno di cura delle famiglie italiane, le donne in particolare. Il federalismo: l'attuale offerta di assistenza presenta un fortissimo grado di eterogeneità tra le Regioni. La diffusione delle badanti, infine, rimanda alle tematiche migratorie. Tutto questo in un nodo che la primavera chiarirà, se il governo vuole iniziare a scioglierlo.

Cristiano Gori

Istituto per la Ricerca Sociale di Milano

Periodico di informazione sul settore sanitario

18^a edizione

L'intero settore sanitario italiano in un'opera unica composta da

3 VOLUMI RACCOLTI IN COFANETTO:

- *Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Assessorati regionali e provinciali, CNR*
- *Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie locali, Case di cura, Case di riposo, Centri antidroga, Strutture di solidarietà sociale*
- *Enti ed associazioni, organizzazioni sindacali ed ordini professionali*
- *Industrie farmaceutiche, aziende produttrici di beni e servizi*

- *Fiere e mostre, congressi, stampa specializzata*
- *Il terzo volume è interamente dedicato ai diritti delle persone con disabilità con una ricca parte normativa commentata da esperti del settore, un elenco di associazioni nazionali e locali e di aziende che operano nel settore.*



All'indirizzo <http://www.annuariosanita.it> tutte le novità della nuova versione on line sugli aggiornamenti e i servizi offerti ai nostri utenti

CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA

Vi preghiamo inviarci n. copie dell'**Annuario Sanità Italia ed. 2007** al prezzo unitario di Euro 100,00 (IVA inclusa) e/o n. CD ROM al prezzo unitario di Euro 180,00 + IVA. Acquistando sia la copia cartacea che il CD ROM verrà applicato lo sconto del 35% sul totale.

Al pagamento provvederemo:

ALLEGANDO ASSEGNO NON TRASFERIBILE intestato a: Editoriale Publiaci s.r.l.

CONTRASSEGNO + spese postali

Denominazione

Indirizzo

CAP Città Prov. (.....)

Tel. Fax

P. IVA

Data Timbro e Firma

Inviare il coupon a: EDITORIALE PUBLIACI s.r.l.

**00186 Roma - Via della Tribuna di Tor de' Specchi, 18/a - Tel. 06/69380070-6780096 - Fax 06/6785792
<http://www.annuariosanita.com> - E-mail: info@annuariosanita.com**

Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento

Carla Facchini

Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano - Bicocca

A differenza di altri Paesi, in Italia non esiste a livello nazionale uno specifico assegno di cura per gli anziani non autosufficienti; certo, specie in alcune regioni (Da Roit, 2005), esistono assegni di cura o *voucher* erogati dai Comuni come forme sostitutive dell'assistenza domiciliare, ma ben difficilmente tali prestazioni possono essere considerate una soluzione universale al problema della non autosufficienza, se non altro in quanto riguardano esclusivamente un numero limitato di soggetti caratterizzati, di norma, oltre che dalla non autosufficienza, da condizioni socio-economiche molto problematiche.

Sebbene nel nostro Paese non esista un istituto paragonabile all'*Assicurazione Sociale contro la Dipendenza* presente nel sistema tedesco e in quello austriaco, o all'*A-PA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)* francese (Pesaresi e Gori, 2005), esistono tuttavia diverse prestazioni monetarie rivolte a soggetti le cui capacità di vivere autonomamente sono compromesse in modo più o meno grave, sia a causa di fattori specifici quali cecità o sordità, sia in quanto parzialmente o completamente invalidi. Tali prestazioni, il cui importo dipende dalla gravità e dal tipo di invalidità riconosciuta¹, sono erogate dall'INPS e ammontano, attualmente, ad oltre due milioni. In particolare, dal 1980 esiste una prestazione denominata "assegno di accompagnamento" che viene erogata ai soggetti dichiarati totalmente invalidi da un'ap-

posita commissione sanitaria, indipendentemente dalla loro età, dal reddito e dal fatto che essi vivano a domicilio o siano ricoverati in strutture residenziali². Tale prestazione, originariamente rivolta agli adulti totalmente inabili al lavoro, negli anni successivi è stata estesa anche ai soggetti con oltre 65 anni, che attualmente ne costituiscono i principali fruitori.

Per delineare la rilevanza che tale Istituto ha per la popolazione anziana basta ricordare che nel 2005³ i soggetti con 65 anni e più, titolari di un assegno di accompagnamento, risultavano quasi 880.000, pari al 72% del totale degli oltre 1.220.000 anziani che ricevevano, a vario titolo, erogazioni di invalidità dall'INPS⁴, e al 41,5% di tutte le prestazioni di invalidità erogate da questo Istituto.

Nonostante il numero consistente dei fruitori di questa prestazione e la non irrisorietà della cifra corrisposta (450 euro mensili), poco si sa delle caratteristiche dei soggetti coinvolti. Per tale motivo può essere interessante delineare il loro profilo verificando, al contempo, come esso si sia modificato nel tempo e come tale prestazione si intrecci con gli altri sostegni economici all'invalidità erogati dall'INPS. A tal fine utilizzeremo alcune informazioni contenute nel database di questo Istituto: tipo di prestazione erogata ed anno del suo inizio; sesso ed età del percettore; suo eventuale decesso e data dello stesso⁵. Pur nella loro

¹ L'importo risulta minore per i sordo-muti e per gli invalidi parziali – mediamente 223 e 236 euro mensili –, mentre diventa più consistente per gli invalidi totali e per i ciechi – 444 e 447 euro mensili – (www.inps.it).

² La prestazione non è però erogata se i soggetti sono ricoverati gratuitamente in un istituto assistenziale.

³ Anno al quale risale il data-base messo a disposizione dall'INPS, utilizzato per le elaborazioni qui presentate.

⁴ Le altre voci che per gli anziani assistiti hanno una qualche significatività statistica, riguardando dai 9.000 ai 40.000 casi, sono: invalidità parziale con accompagnamento; invalidità con pensione; invalidità con pensione e indennità; invalidità per cecità parziale.

⁵ Per quanto riguarda i decessi, occorre segnalare che solo di recente sono stati stipulati accordi tra l'INPS ed alcune Regioni che prevedono una comunicazione "automatica" degli stessi da parte degli Uffici Anagrafe; precedentemente, era invece compito specifico delle famiglie trasmettere tale informazione. È quindi possibile che, negli scorsi anni, possano essersi verificati scarti temporali tra la data del decesso del percettore e la sua comunicazione all'INPS.

sinteticità, tali informazioni consentono infatti di ben delineare sia le caratteristiche di base dei percettori delle diverse prestazioni, sia la loro evoluzione temporale⁶.

IL PROFILO DEI PERCETTORI

Nel 2005, tra i quasi 880.000 soggetti con 65 anni e più, titolari di un assegno di accompagnamento, i 65-74enni erano il 7,2%, i 75-84enni il 38,4%, gli 85-94enni il 43,3%, gli ultra 95enni l'11%; decisamente elevato era il tasso di femminilizzazione (72,5%).

Tabella 1 - Distribuzione percentuale per classi d'età e sesso dei percettori di assegno di accompagnamento.

Età	Uomini in %	Donne in %	Distribuzione % totale
65-69	1,5	0,5	0,8
70-74	10,5	4,9	6,4
75-79	21,0	13,1	15,2
80-84	25,2	22,5	23,3
85-89	18,7	22,8	21,7
90-94	16,2	23,6	21,6
95-99	6,1	10,7	9,4
100 e +	0,8	1,9	1,6

Fonte: Nostra elaborazione dati INPS.

Se già questi dati sulla distribuzione percentuale per classi di età di percettori mettono in rilievo la forte relazione tra fruizione dell'assegno di accompagnamento ed età molto elevata, ancor più preciso è il quadro che emerge se si calcola lo specifico tasso di fruizione della popolazione di riferimento. Come emerge dalla Tabella 2, tale tasso cresce infatti da circa il 2% di chi ha 65-74 anni, al 9,6% degli uomini e al 12,6% delle donne per chi ha 80-84 anni, fino a raggiungere il 21,4% e il 31,3% per chi ne ha 85-89 e il 43,6% e il 62,1% per chi ha un'età ancora più elevata.

Tabella 2 - Tasso di fruizione di assegno di accompagnamento, per classi d'età e sesso, sulla popolazione di riferimento.

Età	Uomini in %	Donne in %	Tasso di fruiz. % totale
65-69	2,3	1,7	2,0
70-74	2,0	1,9	1,9
75-79	5,1	5,8	5,6
80-84	9,6	12,6	11,5
85-89	21,4	31,3	28,2
90 e +	43,6	62,1	57,4
65 anni e +	5,0	9,4	7,6

Fonte: Nostra elaborazione dati INPS. Il tasso è stato calcolato sulla popolazione residente all'1/1/2005 (Istat, 2005).

Questi dati ricalcano a grandi linee, sia pure con valori inferiori, quelli stimati dall'Istat (Istat, 2001) rispetto alla percentuale di popolazione non autosufficiente per sesso e classe di età, confermando non solo come al procedere dell'età aumentino le condizioni di non autosufficienza, ma anche come tale processo sia particolarmente marcato per la popolazione femminile (Facchini, 2001).

Rispetto alle stime dell'Istat si osserva un maggiore scostamento nelle classi più giovani, che tende ad attenuarsi in quelle più anziane. Questo può essere determinato anzitutto dalle modalità con cui l'Istat rileva il dato sulla non autosufficienza, che conducono a sottodimensionarne l'entità proprio nelle classi di età più elevate. I dati Istat, infatti, riguardano solo la popolazione che vive a domicilio e non quella istituzionalizzata; poiché, come noto, specie nelle età molto anziane i livelli di autosufficienza sono particolarmente compromessi proprio tra gli anziani ricoverati, il fenomeno della non autosufficienza tende ad essere sottodimensionato rispetto alla sua effettiva consistenza (Facchini, 2002)⁷. Nello stesso tempo, questi andamenti possono suggerire una difforme selettività da parte delle commissioni valutatrici a seconda dell'età del soggetto richiedente. Si può infatti ipotizzare una maggiore pro-

⁶ Il data-base raccoglie le informazioni su tutte le prestazioni in vigore nel 1998, o attivate a partire da quell'anno: contiene dunque anche le informazioni relative a soggetti nel frattempo deceduti, e quindi inerenti prestazioni a non più in vigore.

⁷ Inoltre occorre ricordare che il dato INPS rimanda ad una valutazione effettuata da un'apposita commissione medica, quello Istat invece rileva l'autopercezione del soggetto intervistato.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

pensione a riconoscere l'invalidità totale in presenza di un'età particolarmente elevata, in ragione di diverse motivazioni: sia in quanto si ritiene tale elemento come problematico "in sé"; sia perché si tiene conto della maggiore fragilità familiare; sia, infine, in considerazione della tendenziale riduzione della durata della presa in carico e dell'improponibilità della proposta di rimandare il caso ad un successivo riesame.

Sebbene l'assegno di accompagnamento possa essere erogato anche a soggetti giovani o adulti che abbiano particolari problematiche, si deve tuttavia sottolineare che non solo è decisamente minoritaria la quota di anziani titolari che hanno ricevuto questa prestazione già ad un'età inferiore a 65 anni⁸, ma anche che l'età da cui inizia la presa in carico tende ad essere decisamente elevata: il 57,3% di chi ha ottenuto tale prestazione aveva, al momento, almeno 80 anni. Nonostante l'età mediamente elevata al momento della presa in carico, la durata della prestazione tende a coprire un arco temporale non brevissimo: 4,5 anni per i soggetti che nel frattempo sono deceduti, ma attorno ai 7 anni per i soggetti tuttora in vita. Questo dato risulta di grande interesse in quanto sembra confermare come non necessariamente, almeno nell'età anziana, cronicità e ancor più livelli di autonomia molto limitati si traducano in un forte incremento della probabilità di morte (Pasqualini e Salvioli, 2000): certo, gli anni di "durata" media della presa in carico sono inferiori alla speranza di vita degli ottantenni⁹ – attualmente attorno agli otto anni (Istat, 2005) – ma non se ne discostano nemmeno in modo significativo.

EVOLUZIONE NEGLI ANNI E LINEE DI TENDENZA

Consideriamo ora l'andamento temporale di tali prestazioni: come evidenzia la Figura 1, in questi decenni

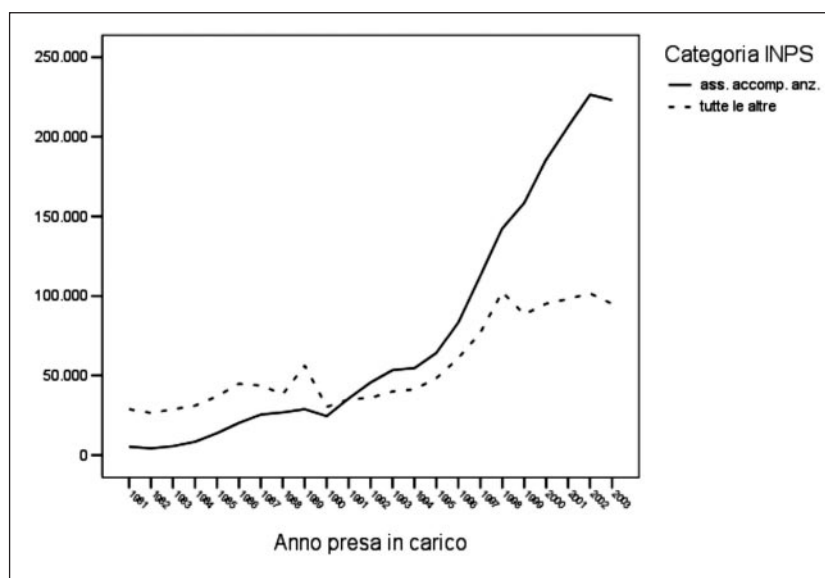


Figura 1 - Prestazioni erogate.

il numero delle erogazioni attivate per la prima volta è costantemente aumentato, passando dalle circa 5.000 dei primi anni '80, alle circa 40.000 dei primi anni '90, alle oltre 200.000 degli ultimi anni. Tale incremento è ancor più significativo se raffrontato con quello molto più contenuto di tutte le altre indennità attivate, nello stesso arco di tempo, dall'INPS. Il risultato è che, mentre nei primi anni '80 gli assegni di accompagnamento costituivano circa il 15% del totale delle prestazioni di sostegno all'invalidità erogate per la prima volta nel corso dell'anno, negli ultimi anni essi ne costituiscono circa il 70%.

Due le ipotesi che si possono formulare a riguardo. La prima è che le commissioni valutatrici tendano sempre più a riconoscere come invalidità totali, economicamente più "vantaggiose" per i percettori, le invalidità parziali o specifiche, col risultato che queste ultime vengono via via "assorbite" nell'assegno di accompagnamento. La seconda ipotesi rimanda invece allo specifico incremento di grandi anziani che si è verificato in questi due decenni e alla conseguente diffusione di condizioni di non autosufficienza totale (Genuini et al., 2005). Ovviamente,

⁸ Una precisazione metodologica: poiché l'INPS differenzia non solo per tipo di prestazione, ma anche a seconda dell'età dei titolari, chi riceve questo assegno in età giovane o adulta viene collocato nella categoria che abbiamo considerato solo al compimento del 65esimo anno.

⁹ Il confronto è stato fatto con gli ottantenni, dato che l'età media dei percettori dell'assegno di accompagnamento è, al momento della presa in carico, attorno agli 80 anni.

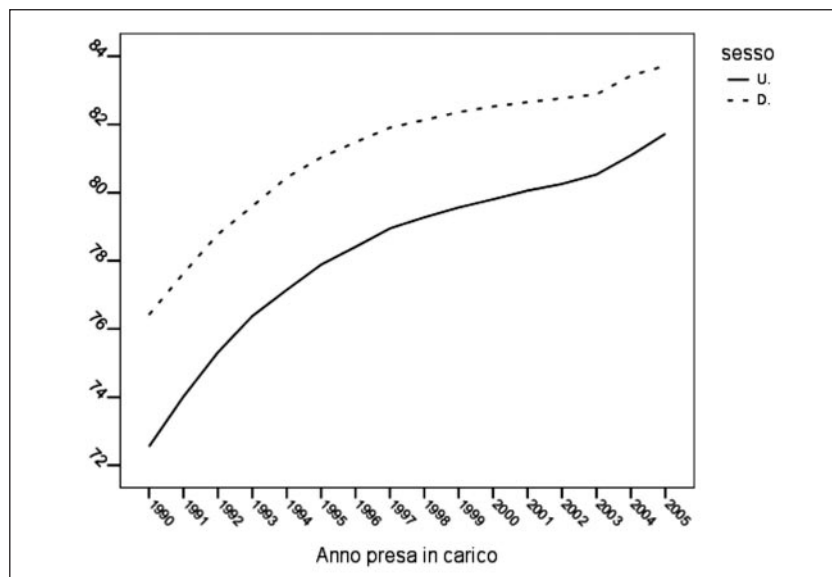


Figura 2 - Età media alla presa in carico.

anni e il 22,7% ne aveva meno di 70, attualmente si è passati rispettivamente al 43,5% dei percettori con almeno 85 anni e al 3,7% dei percettori con meno di 70 anni.

Certo, questi dati possono anche segnalare una progressiva posticipazione dell'età in cui si diventa non autosufficienti e si richiede tale prestazione, ma sembrano comunque invalidare un'ipotesi che riconduca l'espansione di tali assegni ad un progressivo "lassismo" delle commissioni valutatrici, per suffragare invece l'ipotesi che l'aumento di queste prestazioni sia riconducibile ad una progressiva estensione di situazioni di invalidità totale legate allo specifico incremento di grandi anziani in atto.

noi non disponiamo di dati che possano pienamente corroborare la prima piuttosto che la seconda ipotesi; disponiamo però dei dati relativi all'evoluzione nel tempo dell'età dei soggetti al momento della presa in carico, dati che indicano un suo progressivo incremento: 75,3 anni nel 1990; 80 anni nel 1995; 81,4 anni nel 1995; 81,6 nel 2000; 83,1 nel 2005.

Detto altrimenti: se nel 1990, al momento della presa in carico, solo il 12,5% dei percettori aveva almeno 85

UN SOSTEGNO CRUCIALE, MA IN QUALE PROSPETTIVA?

Nel loro complesso, questi dati ben evidenziano il ruolo cruciale che gli assegni di accompagnamento hanno per l'assistenza agli anziani non autosufficienti sia in termini di utenza coinvolta che in termini di risorse impiegate. Per quanto riguarda l'utenza, il 7% degli ultrasessantacinquenni che usufruisce di questa prestazione deve infatti essere confrontato con tassi

Tabella 3 - Classi d'età in relazione all'anno della presa in carico.

Età	1990 in %	1995 in %	2000 in %	2004 in %	2005 in %	Media %
< 69	25,9	10,9	6,6	4,4	3,8	10,7
70-74	14,7	14,0	12,3	9,9	10,2	12,7
75-79	25,5	15,6	20,2	18,1	16,8	19,3
80-84	21,4	28,2	19,6	27,8	26,7	22,8
85-89	10,0	21,7	25,9	19,5	19,9	21,1
90-94	2,3	8,3	12,8	16,5	17,5	11,1
95-99	0,2	1,2	2,4	3,5	4,7	2,1
100 e +	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,2

Fonte: Nostra elaborazione dati INPS.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

di utilizzo attorno al 2%, sia per il ricovero in strutture assistenziali, che per quello relativo all'assistenza domiciliare. Per quanto riguarda invece l'incidenza sulla spesa pubblica, le risorse destinate annualmente a tale prestazione – circa 5 miliardi di euro – devono essere rapportate a quelle erogate per i servizi socio-assistenziali a livello regionale e comunale a favore degli anziani non autosufficienti – stimabili attorno a 1,3 miliardi di euro – (Da Roit, 2006), e a quelle destinate alle attività socio-sanitarie finanziate dalle regioni – circa 2,9 miliardi di euro – (Mesini e Gambino, 2006).

Nonostante tali prestazioni siano così considerevoli nel sistema delle politiche sociali, non sembrano però in grado di garantire una efficace copertura per gli anziani non autosufficienti. Anzitutto, i tassi di fruizione fanno intravedere che rimane comunque “scoperta” non solo la grande maggioranza di anziani che, pur mantenendo una qualche autonomia, ha comunque necessità di sostegno e di cure assistenziali, ma anche una quota non piccola di anziani totalmente non autosufficienti (Guaita, 2000); inoltre l'importo ricevuto, pur essendo economicamente significativo, difficilmente è in grado di coprire l'insieme dei bisogni assistenziali dei soggetti ai quali è erogato, la cui totale non autosufficienza rende necessarie assistenza e cure continuative¹⁰.

Nello stesso tempo, la rilevanza che questa prestazione ha per i soggetti non autosufficienti pone problemi non secondari per l'insieme delle politiche sociali.

In primo luogo, l'indennità di accompagnamento è erogata a livello nazionale e non sono previsti raccordi con i livelli istituzionali locali – Regioni e Comuni – che sono invece designati dall'attuale legge di riordino del sistema socio-assistenziale (L. 328 del 2000) come soggetti chiave del sistema delle politiche sociali (Ferrario, 2003).

In secondo luogo, il fatto che la prestazione consista in una erogazione monetaria che può essere utilizzata dall'anziano e dalla sua famiglia senza vincoli di destinazione, si è tradotta in un modello di *Welfare* come quello italiano, caratterizzato non solo da una modesta presenza di servizi sociali pubblici, ma anche da una ridotta presenza di agenzie private, profit o non-profit, erogatrici di servizi assistenziali, in un rafforzamento

del ruolo di cura assegnato alle famiglie (Trifiletti, 1999; Facchini, 2005).

Se fino a un decennio fa, e tuttora per i ceti meno abbienti, questa tendenza ha comportato un'intensificazione del carico lavorativo familiare, successivamente, specie nei ceti medi, ha invece concorso a determinare un progressivo “slittamento” verso il ricorso al lavoro svolto da immigrati, e soprattutto da immigrate (Gori e Da Roit, 2002). Il fenomeno delle *badanti* appare, da questo punto di vista, fortemente connesso all'intreccio tra diffusione di una disponibilità economica degli anziani e delle loro famiglie, ridotta presenza di servizi sociali, incremento del tasso di occupazione femminile, mutamenti dei modelli di identità e ridimensionamento dei valori improntati alla doverosità (Lipovetsky, 1992), oltre che alla larga diffusione e all'accettazione sociale di lavoro “irregolare” e non tutelato (Bettio et al., 2006).

Anche questi dati insomma, pur ridimensionando l'immagine, spesso presente nel dibattito pubblico, di una complessiva “mancanza” nel nostro Paese di un sostegno pubblico per la non autosufficienza, suggeriscono la necessità di riassetto del sistema assistenziale e l'opportunità di una legislazione che affronti in modo organico il tema della non autosufficienza e delle cure ad essa connesse.

In particolare, pongono l'esigenza di una legislazione che entri nel merito del modello assistenziale implicito in erogazioni meramente economiche. Un modello che certamente ha delle ripercussioni positive sulla domiciliarità degli anziani (costituendo, probabilmente, uno dei fattori più rilevanti che si frappongono, attualmente, alla istituzionalizzazione degli anziani), ma che non necessariamente si traduce in prestazioni di qualità per i soggetti non autosufficienti e che, nel contempo, pone il problema, per le situazioni economicamente fragili, di un pesante addensamento delle responsabilità familiari, specificamente femminili.

BIBLIOGRAFIA

Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Welfare mediterraneo per la cura degli anziani e immigrazione. In: A. Simonazzi (a cura di), *Trasformazioni economiche e sociali in una prospettiva di genere*, Carocci, Roma 2006.

Da Roit B. *Convergenze e divergenze nelle politiche socio-sanitarie regio-*

¹⁰ Occorre infatti sottolineare che se l'importo non si discosta molto da quello medio corrisposto in Austria, in Francia o in Germania, in questi Paesi si ha però una significativa differenziazione a seconda della gravità della non-autosufficienza e, pur se in misura minore, a seconda che l'anziano viva a domicilio o in strutture residenziali, o a seconda che la prestazione venga erogata con servizi o in denaro (Pesaresi e Gori, 2005).

nali per gli anziani in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto. In: C. Facchini (a cura di), Anziani e sistemi di Welfare, Angeli, Milano 2005.

Da Roit B. Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili. In: C. Gori (a cura di), La riforma dei servizi sociali in Italia, Carocci, Roma 2006.

Da Roit B. La riforma dell'indennità di accompagnamento. In: C. Gori, (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, Il Mulino, Bologna 2006.

Facchini C. Età anziana e disuguaglianze nelle condizioni di salute. In: C. Facchini, E. Ruspini (a cura di), Salute e disuguaglianze sociali. Genere, condizioni sociali e corso di vita, Angeli, Milano 2001.

Facchini C. Per una lettura di genere delle condizioni di salute. In: F. Bimbi (a cura di), Differenze e disuguaglianze. Prospettive per gli studi di genere in Italia, Il Mulino, Bologna 2002.

Facchini C. (a cura di), Anziani e sistemi di Welfare. Lombardia, Italia, Europa, Angeli, Milano 2005.

Ferrario P. Le politiche legislative per la popolazione anziana fra Stato, regioni ed enti locali. I luoghi della cura, n. 2, 2003.

Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M, Vasara F. (a cura di), Rapporto Sanità 2005 - Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2005.

Gori C, Da Roit B. Tra mercato privato e risorse familiari. In: C. Gori, (a cura di), Il Welfare nascosto, Carocci, Roma 2002.

Gori C. (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Il Mulino, Bologna 2006.

Guaita A. La salute, in Irer, Anziani: stato di salute e reti sociali. Un'indagine diretta sulla popolazione anziana in Lombardia. Guerini e associati, Milano 2000.

INPS, Rendiconto per l'anno 2004, Gestione Invalidi Civili, Indicazioni di carattere statistico, www.inps.it

Istat, Condizioni di salute della popolazione. Anni 1999-2000, Istat, Roma 2001.

Istat, Annuario Statistico italiano, Istat, Roma 2005.

Lipovetsky G. Le crépuscules du devoir, Gallimard, Paris 1992.

Mesini D, Gambino A. La spesa per l'assistenza continuativa in Italia. In: C. Gori, (a cura di), La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, Il Mulino, Bologna 2006.

Pasqualini R, Salvio G. Il declino della mortalità e il problema della disabilità. Il Giornale di Gerontologia, n. 48, 2000.

Pesaresi F, Gori C. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa. In: C. Facchini (a cura di), Anziani e sistemi di Welfare, Angeli, Milano 2005.

Trifletti R. Southern european welfare regimes and the worsening position of women. J Eur Soc Policy 1999; 9 (1): 49-64.

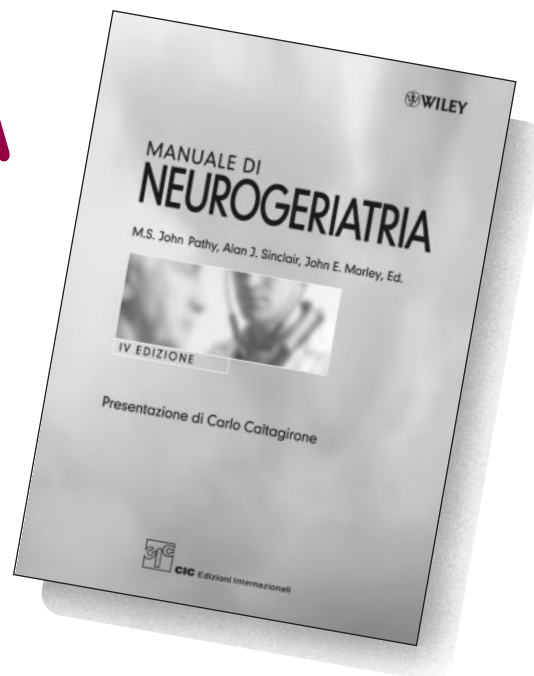
M.S.J. Pathy, A.J. Sinclair, J.E. Morley (eds.)

MANUALE DI NEUROGERIATRIA

IV edizione

**Presentazione dell'edizione italiana
di Carlo Caltagirone**

**Volume brossurato di 584 pagine
f.to cm 17x24
€ 60,00**



CIC Edizioni Internazionali

La demenza e la morte

Antonio Guaita

Istituto Geriatrico "C. Golgi" di Abbiategrasso

"Anche il malato inguaribile diviene oggetto delle cure mediche, perlomeno nel momento in cui la coscienza professionale raggiunge la piena maturità..."

Hans Georg Gadamer

INTRODUZIONE

La demenza è una malattia mortale che arriva ad essere la quarta causa di morte per gli ultra settantenni, eppure vi sono molte difficoltà ad accettarla come tale sia da parte dei familiari che delle organizzazioni. In questo articolo passeremo in rassegna sia le barriere culturali che le difficoltà organizzative riscontrate nei *luoghi della cura* nell'aiutare queste persone e le loro famiglie ad affrontare serenamente l'ultima parte della vita.

Il modo e il luogo della vita e della morte delle persone con demenza testimoniano della difficoltà di convivenza con la malattia, più di quel che accade ad esempio per una malattia grave e a prognosi infausta come il malato di tumore maligno (Mitchell et al., 2005). Secondo uno studio statunitense, infatti, la morte lontano da casa o nelle residenze è quasi tre volte più frequente per le persone con demenza ri-

spetto ai malati di tumore (Tab. 1). Quindi sia la casa, che l'ospedale, che soprattutto la RSA, devono confrontarsi con la demenza come malattia terminale.

LE BARRIERE ALLA VISIONE DELLA DEMENZA COME MALATTIA TERMINALE

Di fronte ad una diagnosi terribile e difficile da accettare come la diagnosi di demenza, certamente la reazione dei familiari è negativa e le difficoltà del medico sono molte; ma in questi pensieri predominano più la paura e le difficoltà legate all'assistenza immediata, che il fatto che si è di fronte ad una patologia a prognosi infausta. La demenza non viene considerata una malattia mortale rispetto, ad esempio, a quanto avviene per la diagnosi di cancro. Vi sono, infatti, alcuni elementi che portano a non vederla come malattia terminale (Sachs et al., 2004):

- Molti medici pensano che predispone solamente, ma non è causa di morte (lo si vede anche nei certificati, in cui compare come causa ufficiale solo dal 1994).
- Presenta una traiettoria non lineare di declino per cui si sperimentano aggravamenti fisici, ma anche recuperi di salute fisica (vedi, ad esempio, le ripetute infezioni acute, da cui si guarisce).

Tabella 1 - Valori percentuali della distribuzione del luogo di morte per malati di demenza, e malati di tumore, a confronto con gli altri malati.

Luoghi della cura	Morti per demenze in %	Morti per tumori in %	Morti per altre malattie in %
Ospedale	15,6	35,4	52,2
Nursing Home	67,0	20,6	28
Casa	12,7	37,8	17
Altrove	4,7	6,2	2,8

- ❑ Dura molto: la demenza di Alzheimer, se si esclude la mortalità precoce, dura 8-10 anni in media. È un tempo troppo lungo per considerarlo di per sé una fase pre mortale, che viene così a riguardare solo una fase specifica della storia naturale della malattia.
- ❑ Vi è carenza di predittori affidabili della prognosi di sopravvivenza: poiché la malattia non è di per sé, dal primo momento, il fattore di gravità mortale, si avrebbe bisogno di marcatori biologici chiari che indichino che si è entrati in una fase di gravità terminale.

Per ovviare a questo problema sono stati proposti degli indicatori che potessero segnalare l'avvenuto passaggio ad una fase terminale. Ad esempio, il *National Hospice Organization* proponeva come possibili indicatori per i malati di demenza:

- ❑ dipendenza funzionale;
- ❑ ospedalizzazioni ripetute;
- ❑ perdita del 10% di peso nell'ultimo periodo.

In realtà, ad una analisi applicativa si è visto che la loro affidabilità è modesta e la variabilità resta troppo grande (Christakis e Escarce, 1996). Autori italiani e americani, basandosi sui dati di 9.264 pazienti con più di 65 anni e con diagnosi di Alzheimer nuovi ammessi alle *Nursing Homes*, individuavano i seguenti fattori associati alla mortalità, indipendentemente dalla gravità della demenza (viene indicato tra parentesi il rischio relativo di mortalità): età 85 anni (1,83); sesso maschile (1,81); limitazione funzionale (1,45); malnutrizione (1,31); ulcere da decubito (1,24); diabete mellito (1,32); malattie cardiovascolari (1,22); mentre non si è trovato aumento di rischio di mortalità per disturbi comportamentali, afasia, malattia di Parkinson (Gambassi et al., 1999). Pur essendo un lavoro interessante e rigoroso, dai dati emerge che la maggior previsione di rischio di morte sia affidata all'età e al sesso maschile, come già per la popolazione generale.

Più recentemente, basandosi su un ampio studio retrospettivo della mortalità delle persone con demenza nelle *Nursing Homes* di New York e del Michigan, è stato pubblicato un articolo sullo stesso tema che tenta una quantificazione dei predittori che diano origine ad un punteggio cumulativo di previsione (Mitchell et al., 2004), (Tabb. 2a e 2b).

Vi sono anche altre considerazioni da fare in merito alla barriera culturale esistente per considerare il malato di demenza come un malato terminale. Nel cancro avanzato spesso le terapie rianimative o antibiotiche non hanno efficacia, mentre nel malato di demenza

Tabella 2a - Fattori di rischio e relativo punteggio di rischio relativo di mortalità.

Fattori di rischio	Rischio relativo di mortalità
ADL	1,9
Sesso maschile	1,9
Cancro	1,7
Scompenso di cuore	1,6
O ₂ terapia	1,6
Dispnea	1,6
Condizioni mediche instabili	1,6
Incontinenza alvo	1,6
Confinati a letto	1,6
+ di 85 anni	1,4
Non sveglia la maggior parte del giorno	1,4

Tabella 2b - Punteggio dato dalla somma dei fattori di rischio e percentuale della capacità di previsione della mortalità, che ha un valore di previsione della mortalità migliore della sola perdita funzionale.

Punteggio prognostico di mortalità	Rischio di mortalità
0	8,9
1 o 2	10,8
3,4 o 5	23,2
6,7 o 8	40,4
9,10 o 11	57
≥ 12	70

possono essere decisive e comunque sono in grado di incidere sulla sopravvivenza. Nello scompenso di cuore avanzato, che non risponde ai comuni trattamenti, gli interventi efficaci da attuare eventualmente in questo stadio sono molto invasivi, di alta tecnologia e di esito incerto (cateterismi, contropulsatori, ventilatori fino al trapianto) e quindi implicano una disponibilità di mezzi medici difficile da avere e che certamente nella maggior parte dei casi non dipende dalla decisione della famiglia.

Nella demenza avanzata, invece, sono spesso efficaci terapie di base come antibiotici e nutrizione artificiale, che appaiono poco costose e facilmente gestibili anche in ambienti non tecnologicamente avanzati, ed è quindi più difficile rinunciarvi per adottare un criterio

del tutto palliativo. Non è tema di questo articolo occuparsi degli aspetti etici legati alle decisioni in fase terminale per la demenza, ma certamente per chi è *tutor* cambia l'investimento emotivo nel prendere la decisione di adottare un trattamento solo palliativo in mancanza di testamento biologico rispetto ad interventi invasivi o altamente tecnologici.

LA MORTE A CASA DELLA PERSONA CON DEMENZA

Certamente il luogo naturale della morte, come della vita, è la propria casa, come dice Gibran, "la casa è il tuo corpo più grande". Ma occorre anche analizzare se i servizi di assistenza alla persona e alla famiglia hanno una qualche efficacia al domicilio nella fase terminale della demenza. Il quadro clinico funzionale di queste fasi, infatti, non è semplice, e anche gli studi presentano difficoltà notevoli. Studiando 91 deceduti durante uno studio longitudinale di 11 anni sui malati di demenza, diagnosi confermata con autopsia, si è rilevato che dei deceduti a domicilio comunque il 76% era stato ricoverato in residenza per una media di 18 mesi su 8,5 anni di malattia. Prima di morire, di questi: il 35% non camminava, il 58% si alimentava con difficoltà, il 73% era incontinente, il 58% è morto in uno stato di grave debilitazione associato alla demenza (Keene et al., 2001). In generale il livello di gravità dei sintomi di chi viene ricoverato e muore in una residenza risulta maggiore rispetto a chi muore a domicilio: il controllo efficace del dolore e dei sintomi psichiatrici aumenta la probabilità di stare a casa fino alla fine (Volicer et al., 2003). Da ricordare, inoltre, che nella cura a casa vi è un malato nascosto, il *care giver*. I familiari/*caregiver* di persone con demenza grave sperimentano infatti un aumento del 63% di mortalità (Schulz e Beach, 1999). Inoltre, chi si occupa in modo continuo di un malato di demenza, rispetto a chi segue altre disabilità, presenta un maggior impegno fisico e psichico, tanto che risultano più alte le ore di assistenza, le ore di lavoro perse, lo stress psichico, lo stress fisico, le malattie fisiche e psichiche (Ory et al., 1999).

LA MORTE IN OSPEDALE DELLA PERSONA CON DEMENZA

Abbiamo visto che una quota minoritaria, ma non irrilevante di affetti da demenza, pari al 15,6%, muore in

ospedale; certamente l'ospedale, per una serie di considerazioni ben note, non è il luogo più adatto per una persona con demenza, specie se affetta da disturbi del comportamento, benché nei reparti dove più spesso si trovano (come le ortopedie) sarebbe certamente possibile migliorare gli attuali risultati (Stenvall et al., 2006). Oggi sappiamo che delle persone con demenza il 73%, dopo il ricovero, peggiora in mobilità, trasferimenti, continenza, alimentazione; il 44% degli invii al dipartimento di emergenza e il 45% dei ricoveri ospedalieri sono inappropriati (Saliba et al., 2000); la mortalità a 6 settimane è per gli ospedalizzati del 39,5% e per i non ospedalizzati del 18,7% (Thompson et al., 1997), in pazienti con condizioni cliniche confrontabili.

L'atteggiamento di cura in ospedale delle persone affette da demenza è stato confrontato con quello dei malati di cancro, avendo riscontrato spesso, in entrambi, interventi non palliativi anche nelle fasi premortali. Per i malati di cancro vi era soprattutto eccesso di esami diagnostici; per i malati di demenza eccesso di nutrizione artificiale; antibiotici e rianimazione, spesso inappropriati, erano applicati ad entrambi (Ahronheim et al., 1996).

In uno studio su 71 ricoverati con demenza in ospedale, seguiti per 38 giorni e valutati con uno strumento osservativo di stress e sofferenza (irrequietezza, piaghe da decubito, instabilità clinica) si è visto un aumento di sofferenza nelle ultime tre settimane di vita rispetto all'ammissione (Aminoff e Adunsky, 2004).

Ma l'ospedalizzazione rappresenta un evento negativo anche per il coniuge. Analizzando la mortalità a 1 anno di 518.240 coppie in cui un coniuge veniva ospedalizzato, si è trovato un +21% per il marito quando la moglie era stata ospedalizzata, e un +17% per la moglie in caso di ospedalizzazione del marito. Fra i fattori più significativi vi era la demenza: +22% per la moglie, + 28% per il marito (altri fattori erano: polmonite, malattie ischemiche cardiache, scompenso di cuore, stroke, BPCO) (Christakis e Allison, 2006).

Confrontando l'hospice, come sede di cure terminali, con il domicilio, è emerso che il provenire dall'ospedale aumenta di 6 volte la probabilità di usare l'hospice; lo stato cognitivo gravemente compromesso agisce come fattore favorente il ricovero e vi è minor probabilità, anche per i malati di demenza, di morire a casa se aumenta la presenza di hospice con degenza, e se il livello di sofferenza è più alto (Miller et al., 2003).

LA MORTE IN RSA DELLA PERSONA CON DEMENZA

In generale, anche se la RSA è il luogo più frequente di morte per le persone con demenza, il livello qualitativo delle cure in fase terminale in essa riscontrato è giudicato non ottimale. Ad esempio, verificando gli ultimi 120 giorni trascorsi in RSA da anziani con e senza demenza (studio retrospettivo su dati MDS), solo per l'11% era stata percepita una riduzione dell'aspettativa di vita; nei dementi, inoltre, erano stati praticati molti più interventi non palliativi, rispetto ai non dementi, relativamente a (viene indicato tra parentesi l'ODD RATIO): alimentazione artificiale (2,21), esami di laboratorio (2,53), contenzione (1,79) (Mitchell et al., 2004).

In uno studio sulla cura negli ultimi giorni di vita in 16 residenze olandesi i ricercatori rilevarono buona cura fisica, ma carente attenzione psicologica e spirituale, oltre all'inadeguatezza per le demenze gravi delle scale di sofferenza derivate dai malati neoplastici (Brandt et al., 2005). Ancora, in uno studio in 5 strutture canadesi per 185 deceduti, condotto per valutare i sintomi e gli interventi nelle ultime 48 ore di vita, emerse che per i malati di demenza la dispnea era stato il sintomo principale, seguito dal dolore (*pain*); di questi ben il 23% non era stato trattato per la dispnea, gli oppioidi erano stati usati solo nel 27% dei dispnoici, mentre il 95% del dolore veniva trattato, abbastanza adeguatamente, con analgesici; il delirium, infine, fu trattato nel 38% dei casi, ma senza uso di farmaci antidopaminergici. Oltre a questo, la relazione con i parenti e la comunicazione con altri membri del team medico era a carico dei soli infermieri (Hall et al., 2002). Per quanto riguarda la gestione del lutto da parte dei familiari, essa non è, generalmente, adeguata poiché non tiene conto di quanto il lutto per un parente affetto da demenza sia diverso da elaborare rispetto al lutto per un parente affetto da cancro: ad esempio, il paziente con demenza non comunica e non riconosce i familiari; vi è, dunque, un lutto che deriva da una perdita funzionale che precede il lutto vero e proprio ed elimina gli elementi di gratificazione e partecipazione affettiva (Murphy et al., 1997). Nonostante questo, il ricovero in RSA del morente affetto da demenza garantisce la continuità della cura, con un evidente guadagno nel non ospedalizzare il paziente e nel curare anche le intercorrenze nel luogo di residenza; in questo modo si riduce l'incidenza del delirium e si contiene lo stress dei parenti (Me-

zey et al., 2002), tanto più che in altri setting di cura, come l'hospice, le cure non si sono dimostrate migliori; a fare la differenza, piuttosto, è la presenza di medici capaci di guidare una cura di tipo palliativo (Miller et al., 2004). La cura del morente affetto da demenza in RSA rappresenta, quindi, un terreno fondamentale di miglioramento della qualità nelle cure come, ad esempio, la stesura e l'applicazione di linee guida infermieristiche specifiche hanno prodotto importanti risultati anche sul piano degli indicatori medico terapeutici, portando ad una riduzione dell'uso degli antibiotici e ad un aumento dell'uso di oppiacei (Lloyd e Payne, 2002).

IN CONCLUSIONE: CHE FARE?

Il suggerimento proposto è quello di adottare una politica di cure palliative non incentrate solo sul dolore, ma che guardi alla sofferenza complessiva del malato e della famiglia sostituendo le cure sottratte con una attenzione ancora maggiore ai sintomi e alla espressione particolare che essi hanno nel malato demente grave; il linguaggio del comportamento e le espressioni di emotività negativa sono comunicazioni preziose per reindirizzare non solo gli strumenti terapeutici in senso medico, ma tutto il contesto di cura. Lo spazio fisico si riduce alla stanza e al letto, e in tali luoghi si devono riassumere i linguaggi vitali che suggeriscano tranquillità e benessere come profumi e musiche gradevoli, illuminazione adeguata, oggetti cari, animali da compagnia. Le attività del quotidiano devono essere sempre più indirizzate a trasformare le incombenze assistenziali in momenti di relax che regalino sensazioni piacevoli: l'igiene, ad esempio, usando i materiali adatti si può trasformare in una morbida carezza; i movimenti per prevenire le retrazioni muscolari in massaggi rilassanti; i vestiti possono essere scelti in tessuti morbidi e piacevoli da indossare, e adattati per essere facili da mettere e togliere. I familiari vanno sostenuti nell'elaborare il lutto prima ancora della morte del congiunto, incoraggiandoli a mostrare album di foto di quando la persona cara era valida così da rievocare momenti piacevoli della trascorsa esistenza. La morte della persona con demenza avviene dopo una serie di perdite, vere e proprie *mini morti* quotidiane, che già mettono a dura prova lo stato emotivo dei familiari. I servizi di cura per i dementi devono, dunque, ancora di più capire il valore di ciò che aiuta a vivere, molto più di ciò che impedisce di morire.

BIBLIOGRAFIA

Ahronheim JC, Morrison RS, Baskin SA, Morris J, Meier DE. Treatment of the dying in the acute care hospital. Advanced dementia and metastatic cancer. Arch Intern Med 1996; 156: 2094-100.

Aminoff BZ, Adunsky A. Dying dementia patients: too much suffering, too little palliation. Am J Alzheimer's Dis Other Demen 2004; 19: 243-7.

Brandt HE, Deliens L, van der Steen JT, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G. The last days of life of nursing home patients with and without dementia assessed with the palliative care outcome scale. Palliat Med 2005; 19: 334-42.

Christakis NA, Allison PD. Mortality after the hospitalization of a spouse. N Engl J Med. 2006; 354: 719-30.

Christakis NA, Escarce JJ. Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs. New Engl J Med 1996; 335: 172-8.

Gadamer HG. Dove si nasconde la salute? Raffaello Cortina Editore, Milano 1994: 85-86.

Gambassi G, Landi F, Lapane KL, Sgadari A, Mor V, Bernabei R. On behalf of the SAGE Study Group Predictors of mortality in patients with Alzheimer's disease living in nursing homes. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; 67: 59-65.

Hall P, Schroder C, Weaver L. The last 48 hours of life in long-term care: a focused chart audit. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 501-6.

Keene J, Hope T, Fairburn CG, Jacoby R. Death and dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 969-74.

Lloyd-Williams M, Payne S. Can multidisciplinary guidelines improve the palliation of symptoms in the terminal phase of dementia? Int J Palliat Nurs 2002; 8: 370-5.

Mezey M, Dubler NN, Mitty E, Brody AA. What impact do settings and transitions have on the quality of life at the end of life and the quality of the dying process? Gerontologist 2002; 42: 546-7.

Miller SC, Kinzbrunner B, Pettit P, Williams JR. How does the timing of hospice referral influence hospice care in the last days of life? J Am Geriatr Soc 2003; 51: 798-806.

Miller SC, Teno JM, Mor V. Hospice and palliative care in nursing homes. Clin Geriatr Med 2004; 20: 717-34.

Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, Park PS, Morris JN, Fries BE. Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. JAMA 2004; 291: 2734-40.

Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying with advanced dementia in the Nursing Homes. Arch Int Med 2004; 164: 321-6.

Mitchell SL, Teno JM, Miller SC, Mor V. A national study of the location of death for older persons with dementia. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 299-305.

Murphy K, Hanrahan P, Luchins D. A survey of grief and bereavement in nursing homes: the importance of hospice grief and bereavement for the end-stage Alzheimer's disease patient and family. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 1104-7.

Ory MG, Hoffman RR, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. Gerontologist 1999; 39: 177-85.

Sachs GA, Shega JW, Cox-Hayley D. Barriers to excellent end of life care for patients with dementia. J Gen Intern Med 2004; 19: 1057-63.

Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, Herbst M, Lee D, Sur D, Rubenstein L. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 154-63.

Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects. JAMA 1999; 282: 2215-9.

Stenvall M, Olofsson B, Lundstrom M, Englund U, Borssen B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson Y. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. Osteoporos Int 2007; 18: 167-75.

Thompson RS, Hall NK, Szpiech M, Reisenberg LA. Treatments and outcomes of nursing-home-acquired pneumonia. J Am Board Fam Pract 1997; 10: 82-7.

Volicer L, Hurley AC, Blasi ZV. Characteristics of dementia end-of-life care across care settings. Am J Hosp Palliat Care 2003; 20: 191-200.

NURSING GERIATRICO *Collana diretta da M. Trabucchi*

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

MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

I 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



La cura e l'assistenza dei pazienti affetti da demenza: aspetti etici

Edoardo Manzoni

Istituto Palazzolo di Bergamo

INTRODUZIONE

La cura e l'assistenza, quali archetipi antropologici del vivere, hanno un valore etico e deontologico a prescindere dalle persone a cui si rivolgono: non esiste, infatti, un significato etico dell'intervento curativo o assistenziale diverso verso le persone affette da qualsivoglia forma di demenza. L'etica della cura e dell'assistenza trova significato nel rapporto esistente tra due persone, indipendentemente dal loro limite, anzi, proprio per l'essere persona definito dal limite stesso. Se l'assistenza, come afferma Orem (Orem, 1992), è *lo sforzo creativo di un uomo di aiutare un altro uomo*, con la premessa che il primo soggetto possiede conoscenze e abilità per poterlo fare, pare evidente che il significato etico dell'essere in relazione curante ed assistenziale muove non da una condizione di dipendenza o di classificazione patologica ma dall'appartenere alla avventura umana.

Secondo la prevalente scuola filosofica moderna che ha messo a fuoco il concetto di persona, la scuola francese del personalismo sociale, ciascun uomo è caratterizzato da *unicità, irripetibilità, insondabilità ed autofinalizzazione* (Toso et al., 2005). Queste caratteristiche, costitutive della persona stessa anche nella condizione di massima compromissione cognitiva, sono il senso di ogni atteggiamento etico. Va anche detto, nel contempo, che una attenzione particolare di protezione deontologica verso le persone più deboli, una particolare protezione che discende dal concetto di professione nell'ambito sanitario, è opportuna e necessaria. La preoccupazione della sicurezza dell'altro – dell'alterità rispetto al professionista – è fondamento ed imperativo primo di ogni attività professionale; senza tale concreta e normata preoccupazione non sarebbe

nemmeno possibile utilizzare il termine di professione. Ma la storia, nelle sue dimensioni temporo-spaziali, ci ha portato verso altri orizzonti, e non da oggi ma sin dagli albori della nascita delle professioni sanitarie: come non ricordare il monito ippocratico di non nuocere, anzitutto. Tutte le professioni sanitarie celebrano in modo altisonante il proprio ideale di servizio nei codici deontologici; la difficoltà a realizzare la volontà etico-disciplinare trova fondamento in due ragioni:

- la conoscenza non è di per sé svelata, ma svelabile, e il concetto di errore è insito nell'evoluzione della conoscenza medesima;
- il tempo e la storia hanno spesso, naturalmente, sospinto le professioni a migrare il proprio centro di interesse *dall'altro* al sé. Il caposaldo deontologico dell'*anteporre al proprio interesse quello dell'assistito* ha subito condizionamenti storici, ambientali e, perché no, di costruzione disciplinare.

La relazione assistenziale e curante con le persone affette da demenza abbisogna di linguaggi nuovi, di comprensioni originali, di luoghi di incontro mai frequentati, anche dal punto di vista etico. La demenza è duro terreno di prova per il concetto di responsabilità etica poiché gioca la sua partita entro la quotidianità terribile del venir sempre meno presenti a se stessi. Proprio nella quotidianità, luogo di cura e assistenza, si vive il fragile e precario equilibrio tra rischio di abitudine e bisogno di novità, e il tutto muove dalla considerazione dell'alterità.

L'ALTRO COME LUOGO DI SENSO

Assistere (dal latino *ad sistere*, stare vicino) identifica il comportamento assolutamente naturale dell'uomo che sta vicino all'altro uomo. L'operatore della salute è

colui che ha compreso il diritto ed il dovere della responsabilità verso l'altro, è colui che si fa carico dell'altro poiché ha compreso che il suo vivere è completo solo se si lascia contaminare dall'altro. Il nucleo centrale problematico dell'attività professionale infermieristica è quindi l'alterità. Gli uomini e le donne sono fra loro tanto uguali quanto diversi ma, come ha precisato Bobbio, in che cosa siano essi uguali e in che cosa siano essi diversi varia secondo i tempi, i luoghi, le ideologie, le concezioni del mondo. Il problema non sta quindi nella percezione di una differenza *di fatto*, o di una disuguaglianza *nei principi*, ma bensì risiede nelle discriminazioni che da queste possono derivare. Secondo Bobbio "il contrario dell'uguaglianza è la disuguaglianza, non la differenza. Più precisamente, occorre distinguere l'uguaglianza come principio o come regola, dall'uguaglianza come fatto. La differenza è il contrario dell'uguaglianza come fatto: se due cose sono differenti non sono uguali; ma rispetto all'uguaglianza come principio o come regola, ad esempio per un legislatore, il contrario dell'uguaglianza non è la differenza, ma la disuguaglianza" (Bobbio, 1994). L'operatore sanitario, tanto più di fronte alle persone affette da demenza, nel suo agire quotidiano si trova di fronte ad una grave contingenza: adattare l'intervento umano alla particolarità di ogni essere umano. Proprio così: l'alterità è un problema. Come ogni questione concettuale o di prassi, può essere vista da molte angolazioni e risultare, nel contempo, quale problematica culturale o quale ricchezza inesauribile sia della società, che delle discipline. Ci piace pensare l'alterità come problema, controversia, poiché essa rappresenta il punto interrogativo di fondo di tutto l'agire professionale. L'ammissione della alterità culturale della persona destinataria dell'assistenza e della cura non è una affermazione *sui generis*, opzionale ed accessoria all'assistenza stessa; al contrario, è una affermazione pregiudiziale ad ogni discorso sull'assistenza e sul significato dell'identità professionale (Manara, 1995). Secondo Castellazzi, lo straniero abita inesorabilmente in noi. Esso è la faccia nascosta e perturbante della nostra identità, è il nostro rimosso che irrompe nella coscienza e che squilibra e di cui vorremmo disfarcì. Stante una simile situazione, l'unica strada da percorrere, per non essere travolti dal pensiero prevenuto verso l'alterità, è quella di riconoscere che siamo stranieri a noi stessi e che ci è comunque difficile accettare la nostra estraneità. Solo tenendo presente questo punto di partenza possiamo tentare di vivere correttamente

con gli altri (Castellazzi, 1991). È necessario studiare e considerare l'alterità culturale per distinguere il *mio* dal *suo*: con il *mio* si intendono le modalità di espressione delle componenti psicologiche e socio-culturali del bisogno, nonché le possibilità e le modalità di soddisfacimento dello stesso da parte dell'operatore come persona; con il *suo* si intende il medesimo atteggiamento visto dagli occhi della persona anziana. Volendo credere la persona come *uomo delle scelte*, va sottolineato come il professionista debba attendere ad un lavoro continuo e progressivo nel tentativo di sempre meglio chiarire il proprio vivere; il tutto al fine ultimo di distinguerlo sempre maggiormente da quello dell'altro, in un processo che va a rafforzare la sua identità e la sua adesione all'ideale di servizio. Appare necessario quindi far diventare l'alterità un problema legato alla responsabilità verso l'altro, non affrontabile con la semplice tolleranza ma andando verso la *comprensione dell'altro*; tale atteggiamento rappresenta uno dei problemi ermeneutici più affascinanti del nostro tempo e, come tale – proprio perché l'assistenza tratta della salute dell'altro – non può restare indifferente al professionista che si mette al servizio di una persona affetta da demenza. La responsabilità verso l'altro non è quindi solo un atteggiamento da assumere per i momenti in cui si esercita la professione, ma una vera e propria scelta di vita. Una scelta in cui giocare la vita stessa. Il fondamento etico della cura e dell'assistenza sta tutto nell'aver scelto di essere responsabili dell'altro.

LA RESPONSABILITÀ VERSO L'ALTRO. DAL PER AL TRA

Niente è più problematico nella nostra epoca, credo, del nostro atteggiamento verso il mondo e verso l'uomo, soprattutto se anziano e incapace (in una capacità umana del tutto definibile come "utilitaristica"). Il mondo e le persone che lo abitano non sono la stessa cosa. Il mondo sta tra le persone, e questo "tra" – molto di più, contrariamente a quanto si pensa, degli esseri umani o dell'uomo – è oggi oggetto della massima preoccupazione. Un numero sempre crescente di persone nei Paesi occidentali, che dal declino del mondo antico hanno innalzato la libertà dalla politica a libertà fondamentale, fanno uso di questa libertà ritirandosi dal mondo e dagli obblighi nei suoi confronti. Ognuno di questi ritiri è perdita di assistenza e cura verso l'altro: ciò che va perduto è lo specifico, e perlo-

più insostituibile, *tra* che avrebbe dovuto formarsi tra quell'individuo e i suoi simili. Viviamo *tempi bui*, per dirla con Brecht. Sono in crisi tutti i parametri di riferimento, ideologici e sociali; è persino in crisi una terminologia e tutto viene tacciato come *post* (post moderno, post industriale). Persino nell'ambito della cura e della assistenza – pensieri tanto antichi e fondati – si legge un luogo di oscurità: i modelli di riferimento sono persi; lo stesso concetto di umanità e di fraternità che per molti secoli ha giustificato l'azione comportamentale dello *stare-vicino* mostra segni di cedimento; l'assistenza e la cura non sembrano più appartenere alla *res pubblica*. Anche i recenti provvedimenti legislativi – quale segno di una sensibilità collettiva – allontanano il significato politico di tali significati del vivere. Il trasferimento, nella sfera privata, dei significati della assistenza e della cura ha portato ad un impoverimento sociale su cui ciascuno è chiamato a riflettere. Assistere è invece una dimensione politica, poiché politica è l'umanità che la caratterizza.

La vicinanza tra curante e curato, per quanto competente, rimane "inumana", in un senso del tutto letterale, finché le due persone coinvolte non ne fanno esperienza *tra* di loro e per loro. Perché il mondo non è umano perché fatto da esseri umani, e non diventa umano solo perché la voce umana – anche delle scienze di salute – risuona in esso, ma solo quando diviene oggetto di esperienza. Quando diviene un *tra*.

Per quanto le cose di questo mondo ci colpiscano intensamente, per quanto profondamente esse possano emozionarci e stimolarci, esse non diventano umane per noi se non nel momento in cui possiamo farne esperienza con i nostri simili. Noi umanizziamo, con il gesto del curare e dell'assistere, il mondo, e in noi stessi, solo vivendo questa esperienza, impariamo a diventare uomini. I greci chiamavano *filantropia* questa umanità che si realizza nel dialogo dell'attenzione all'altro, perché essa si manifesta nella disponibilità a condividere il mondo con altri uomini. Il suo opposto, la *misanthropia*, tanto subdolamente presente oggi, significa semplicemente che il misantropo non trova nessuno con cui si cura di condividere il mondo, che egli non ritiene nessuno degno di rallegrarsi con lui nel mondo, nella natura e nel cosmo. La filantropia greca subì molti mutamenti diventando, in seguito, la romana *humanitas*. Il più importante avvenne in corrispondenza con il fatto politico che a Roma persone di origine etnica e di stirpi completamente diverse potevano ottenere la cittadinanza ed erano conseguentemente ammesse a partecipare al dialogo tra romani colti sul mondo e sulla vita.

Questo sfondo politico distingue l'*humanitas* romana da ciò che noi moderni chiamiamo "umanità", termine con cui designamo semplicemente un processo di educazione ed una definizione retorica.

Anche nel campo della salute e della assistenza all'an-

S.P. Roose, H.A. Sackeim

DEPRESSIONE NELL'ETÀ SENILE

Presentazione dell'edizione italiana
di Pier Luigi Scapicchio

Sotto l'egida dell'Associazione
Italiana di Psicogeriatrica

Volume cartonato
di 448 pagine
f.to cm 22x28
€ 60,00



CIC Edizioni Internazionali

ziano si osserva un abuso di definizioni di umanità, e tutte risentono del vizio tautologico descritto da Kant (una tautologia, secondo Kant, non dice nulla di nuovo sul mondo). L'umanità, da definizione dell'uomo, diviene slogan. Che l'umanità debba essere sobria e lucida, piuttosto che sentimentale, che si attesti non solo nella fraternità, ma nella responsabilità dell'assistere e curare l'altro e nel farsi assistere e farsi curare dall'altro, che non sia intimamente personale, ma ponga domande politiche, tutto ci sembra così esclusivamente riferito all'antichità classica e non più confacente con il nostro essere uomini moderni. Se si perde il senso dell'assistere si perde il senso stesso dell'umanità. Oggi è raro incontrare persone che credano nel *tra*, ma ci confrontiamo costantemente con coloro che vivono *per*. Anche nel mondo sanitario e nel sistema delle professioni si opera sempre più *per*, senza costruire un dialogo, ma per dimostrare di avere ragione. Non esiste umanità nell'*operare per*; essa rinasce e si rinnova nel *lavorare con*. Si possono erogare prestazioni sanitarie e assistenziali con piena efficacia ed efficienza, ma in modo inumano, senza cogliere l'alterità, senza vivere la responsabilità di una *relazione tra*. Il curare e l'assistere sono sempre uno spazio a più voci in cui l'annuncio di ciò che sembra verità lega e insieme separa gli uomini creando di fatto quelle distanze tra le persone che, insieme, formano il mondo. La formazione professionale si pone l'obiettivo di costruire questo *tra* in una sapiente mescolanza e distanza che ci fa comunità umana. Nella relazione curante e assistenziale con la persona affetta da demenza è necessario, per quanto sinora sostenuto, abbandonare le parole quale linguaggio non più in grado di raccontare il fondamento del farsi carico: servono nuovi linguaggi, ad esempio il linguaggio dei gesti.

IL GESTO ASSISTENZIALE QUOTIDIANO COME LUOGO DI RESPONSABILITÀ

Il vero terreno di confronto in cui giocare la responsabilità verso l'altro rimane la quotidianità. È nel ripetersi dei giorni, dei gesti, delle abitudini che si rischia di perdere di vista l'altro e le sue risorse. Dalla quotidianità si deve ripartire per significare la vita e per far crescere le risorse dell'altro. "Magari, chi lo sa, è questo che il XXI secolo ha in serbo per noi. Lo smantellamento delle grandi cose: grandi bombe, grandi dighe, grandi ideologie, grandi contraddizioni, grandi Paesi,

grandi guerre, grandi eroi, grandi sbagli. Magari sarà il secolo delle piccole cose" (Roy, 1999). Delle piccole cose, del loro valore, non si parla mai; ma è proprio nella attività di cura di sé e degli altri, attività modesta, banale, semplice, agli occhi di alcuni persino monotona, ripetitiva e fatua che si gioca il segreto della vita. La quotidianità è il luogo, ancorché teorico, in cui costruire un percorso che punti alla valorizzazione delle persone anziane, ancorché dementi. Potenziare le risorse della persona demente significa ripartire dal quotidiano, dalle piccole e semplici cose di tutti i giorni traendo la vita che sta nelle piccole cose. La nostra professione è una professione di gesti: la valorizzazione delle risorse dell'altro e la stessa considerazione della sua alterità viene raccontata nella quotidianità dai gesti. Il gesto non è semplicemente un'azione: in ambito assistenziale ed animativo, e proprio in modo esemplare nell'aiuto alla persona demente ed in ambito di cure continuative, il gesto assume valore teorico di guida, indirizzo, senso e relazione. Il mondo occidentale ha da tempo dimenticato quanto il gesto possa dire e dare; l'inserimento dei gesti all'interno del panorama teorico completa l'essenza dell'essere professionista della cura. Il gesto è luogo di senso sia per chi lo effettua, sia per chi lo riceve. I gesti di assistenza infermieristica dicono la dignità della persona che abbiamo preso in carico e danno significato al concetto di alterità. La persona anziana che riceve un gesto sente la sua dignità sollevarsi, il suo essere persona confermarsi, la sua vita gemere. Ma il gesto fa nascere dignità anche in chi lo effettua, e non solo a chi lo contempla ricevendolo. Attraverso i gesti non solo si dicono i sensi del vivere ma si costruisce la forma del pensiero. I gesti raccontano la voglia e la necessità dell'incontro, primo passo della realizzazione dello scopo disciplinare e quindi di qualsiasi apparato teorico. È fuor di dubbio che nella relazione con le persone, soprattutto se non autosufficienti e con gravi deficit cognitivi, il gesto sia un vero elemento curante in grado di giungere a livelli di profondità comunicativa insperati con le parole. Il valore di una mano appoggiata sull'altra, il fremito di una carezza, la sensazione di un profumo, la sicurezza del sentire caldo o fresco, la quiete che danno alcuni colori al nostro animo. Con la persona anziana, specie non autosufficiente e con deterioramento cognitivo, la parola non è più un luogo di incontro con l'altro e può anzi diventare un modo superficiale di considerare l'altro non più un soggetto ma un oggetto: sono i gesti, le emozioni, le sensazioni, anche spiacevoli talvolta, che

pongono in relazione e fanno incontrare, anche solo per un istante, la persona della quale ci stiamo occupando. Un gesto, anche semplice e della vita quotidiana quale è un gesto di assistenza, dà dignità a colui che lo riceve e, nel contempo, dà dignità a colui che lo porge. Una dignità che porta tutto l'ideale di servizio del professionista all'uomo. Il pensiero ed il gesto, uniti e riuniti, dicono l'essenza dell'essere infermiere: la scienza e la coscienza. Un gesto può calmare, può dare sicurezza, può esprimere partecipazione, può far sentire la speranza. Azioni quotidiane che raccontano quanto le parole non possono contenere. Gestì da gustare in silenzio. Chi agisce, e chi contempla colui che agisce, si trova in due universi spazio-temporali differenti, estranei ed enigmatici l'uno per l'altro, come capita a chi sogna con le figure e gli eventi dei suoi sogni. Il gesto è presenza totale in cui il potere, il sapere, l'assistere si fondono e diventano inseparabili. Ma il gesto è anche elemento teorico. Se il pensiero, per richiamare gli empiristi logici, rimane maggiormente racchiuso nella struttura concettuale della disciplina infermieristica, il gesto è racchiuso nella struttura sintattica. Esso muta maggiormente rispetto al pensiero legandosi alle condizioni del contesto e alla individualità assoluta della persona presa in carico; esso raccoglie le informazioni necessarie all'inquadramento diagnostico terapeutico; esso rende evidente nell'eterno oggi il sistema teorico che nelle cure continuative si va realizzando; esso permette la personalizzazione dell'assi-

stenza e della cura; esso contribuisce al raggiungimento dello scopo del farsi carico. Il gesto non è un semplice strumento ma un linguaggio, nel suo profondo significato ontologico ed epistemologico. In fin dei conti, il filo della responsabilità etica verso l'uomo racconta la vicenda umana di ciascuno di noi. Ogni qualvolta generiamo una relazione di assistenza e di cura, noi costruiamo l'umanità, poniamo un ponte tra gli uomini e li aiutiamo, con umiltà, a divenire più uomini. Con i nostri gesti quotidiani assumiamo la responsabilità di generare il mondo e di ricordare alla comunità degli uomini che non vi è vita senza assistenza e senza cura. Così noi, curanti e curati, apprendiamo le meravigliose profondità dell'esperienza di vivere.

BIBLIOGRAFIA

- Bobbio N. Destra e Sinistra. Donzelli, Roma 1994.
- Castellazzi VL. Il conosciuto non pensato. Le radici psicoanalitiche del pensiero prevenuto. Orientamenti Pedagogici, Anno XXXVIII, marzo-aprile 1991: 369-90.
- Manara DF. L'assistenza infermieristica di fronte all'alterità culturale. Convegno Nazionale "Dalla salute degli immigrati...all'infermieristica interculturale", Casalmaggiore (CR), 23 novembre 1995.
- Orem DE. Nursing. Concetti di pratica professionale. Summa, Padova, 1992.
- Roy A. La fine delle illusioni. Guanda, Parma, 1999.
- Toso M, Formella Z, Danese A. Emmanuel Mounier: Persona e umanesimo relazionale. Libreria Ateneo Salesiano, Roma, 2005.

D.G. Blazer, D.C. Stefens, E.W. Busse (eds.)

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

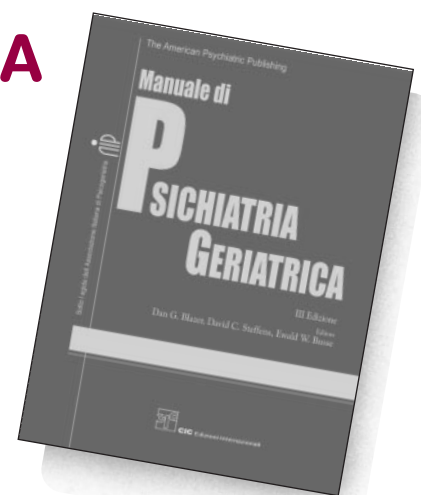
III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione
Italiana di Psicogeriatría

Volume cartonato
di 624 pagine
f.to cm 22x28
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali



Giornale di

NEUROPSICHIATRIA Geriatrica

Periodico quadrimestrale
di studi, aggiornamenti
ed opinioni in geriatria

Organo ufficiale della Associazione Italiana
di Psicogeriatricia (AIP)

COMITATO EDITORIALE

A. Bianchetti, C. Caltagirone, M. Di Luca,
C. Gala, S. Maggi, E. Pirfo,
U. Senin, R. Torta, M. Trabucchi



ABBONATEVI

Abbonamento annuo (3 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@gruppoic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

Desidero abbonarmi al *Giornale di Neuropsichiatria Geriatrica* per l'anno 2007

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 | | | | |

Digs 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

Un progetto pilota di gestione all'interno del Dipartimento di Salute degli Anziani e di Medicina Geriatrica presso l'Azienda Sanitaria di Bolzano

Guenther Donà

Divisione di Geriatria, Ospedale di Bolzano

L'anno 2005 ha segnato per la Divisione di Geriatria dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, istituita nel 1969, una svolta decisiva sulla via della realizzazione di una rete sanitaria-assistenziale integrata.

Con l'istituzione del Dipartimento di Salute degli Anziani e di Medicina Geriatrica, anni di lavoro di sensibilizzazione multidirezionale hanno trovato un riscontro positivo a favore di una più mirata, e di conseguenza più appropriata, modalità operativa nei confronti delle persone anziane.

La *mission* del Dipartimento si riassume nelle affermazioni seguenti.

Nel rispetto dell'autonomia e della dignità della singola persona anziana, e in collaborazione con altri ambiti competenti interni ed esterni all'ospedale, il Dipartimento:

- **promuove** il mantenimento dello stato di salute psico-fisico-sociale e dell'autosufficienza delle persone anziane;
- **propone/attiva** le necessarie misure preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ed assistenziali idonee a contrastare lo stato di malattia e ad evitare o a procrastinare la perdita dell'autosufficienza;
- **garantisce** la conservazione di una qualità di vita dignitosa anche in caso di perdita dell'autosufficienza.

Particolare rilievo all'interno del Dipartimento assume la presa in carico del cosiddetto paziente fragile complesso.

Il Dipartimento di Salute degli Anziani e di Medicina Geriatrica presso l'Azienda Sanitaria di Bolzano è

composto dalle seguenti strutture complesse, semplici e servizi:

Unità operativa di Geriatria, così strutturata:

- Degenza ordinaria, con 50 p/l,
- Sezione Cure Palliative e terapia del dolore, con 12 p/l,
- Day Hospital geriatrico ad indirizzo diagnostico-riabilitativo, con 15 p/l,
- Ambulatorio integrato per la diagnosi ed il trattamento delle patologie dementigene,
- Ambulatorio divisionale e urgenze,
- Ambulatori specialistici geriatrici di reumatologia, di diabetologia, di diagnostica vascolare, di terapia del dolore e Medicina Palliativa.

Centro di Degenza Firmian per malati non autosufficienti gravi, con unità di degenza per pazienti con gravi turbe comportamentali, e nucleo pazienti in ventilazione assistita.

Strutture residenziali per la popolazione anziana del territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, per quanto concerne il Servizio di Coordinamento e Direzione clinica, in collaborazione con il **Servizio Territorio e Medicina di Base**.

Strutture residenziali per non autosufficienti per quanto riguarda l'assistenza e le attività di consulenza specialistica geriatrica.

Strutture cliniche postacute convenzionate per il codice 60 (lungodegenza postacuta), e gestione diretta delle convenzioni in collaborazione con il **Servizio di Riabilitazione Aziendale**.

ESPERIENZE

Il **Centro di Degenza Firmian** è una struttura per molti aspetti unica nel suo genere. Nato per volere dell'Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano, e realizzato dalla Ripartizione Edilizia Sanitaria della Provincia, nel 1999 viene affidato in gestione all'Azienda Sanitaria di Bolzano che a sua volta lo trasferisce alla Divisione di Geriatria.

Inaugurata nell'aprile 2000, è una struttura residenziale assistenziale sanitaria per pazienti gravemente non autosufficienti, situata nell'immediata vicinanza dell'Ospedale Generale Regionale di Bolzano e sovrastato da uno dei più antichi castelli dell'Alto Adige, il **Castel Firmiano**.

È suddiviso in 5 sezioni dislocate su tre piani, per un totale di 120 posti letto.

Ciascuna sezione ospita, oltre ad una cucina di reparto, un'infermeria ed un locale farmacia, 19 stanze di degenza ad 1 o 2 letti, ciascuna dotata di balcone, bagno assistito, televisore, aria condizionata e umidificazione, letti regolabili elettricamente tramite telecomando e, all'occorrenza, di materassi antidecubito ad aria a sensori multipoint.

In particolare, tramite un sistema a controllo informatizzato, è possibile regolare per ogni stanza la temperatura e il grado di umidità desiderati.

Oltre ai reparti di degenza, la struttura ospita gli uffici amministrativi, 4 sale da pranzo, una palestra attrezzata per la fisioterapia, una cappella, una cucina in grado di produrre 400 pasti al giorno, una lavanderia, 5 ambulatori, 2 sale ricreative, vari magazzini, una camera mortuaria ed un parcheggio seminterrato.

Tutta la struttura è cablata in modo che da ogni stanza sia possibile collegarsi tramite Pc alla rete informatica interna per consultare on line cartelle cliniche e documentazione condivisa.

All'esterno, un ampio giardino alberato è a disposizione degli ospiti nei mesi estivi.

Possono afferire alla Struttura i cittadini residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, secondo una graduatoria stabilita dalla Divisione di Geriatria dell'Ospedale di Bolzano in collaborazione con il Servizio Sociale ospedaliero, in base alla gravità della patologia e delle condizioni socio-familiari del paziente.

La retta giornaliera a carico dell'utente, a seconda del-

Tabella 1 - *Suddivisione del Centro per lungodegenti Firmian.*

Sezione	Posti letto	Tipologia di utente	Impegno assistenziale
1	24	Pazienti lungodegenti con problemi psico-geriatrici (demenze e assimilabili)	Molto elevato
2	24	Pazienti lungodegenti con problemi clinici non stabilizzati (lungodegenza postacuzie e riabilitativa)	Elevato, con necessità di sorveglianza continua
3	24	Pazienti lungodegenti con problemi clinici non stabilizzati (lungodegenza postacuzie oltre soglia e pazienti terminali, oltre i tempi limite ospedalieri)	Elevato, con bisogni riabilitativi
4	24	Pazienti lungodegenti con problemi clinici stabilizzati. Soggetti disabili permanenti non più assistibili al proprio domicilio per motivi medici, sociali, ambientali	Molto elevato, con bisogno di osservazione intensa
5	24	Pazienti lungodegenti con problemi clinici stabilizzati. Soggetti disabili permanenti non più assistibili al proprio domicilio per motivi medici, sociali, ambientali. 4 posti letto sono dedicati a pazienti in respirazione assistita, non dimissibili a domicilio, provenienti dai reparti ospedalieri di Rianimazione e di Pneumologia	Molto elevato

le disponibilità economiche dell'ospite, e in condizioni socio-economiche particolarmente disagiate, viene integrata in parte o per intero o dal Comune di provenienza, o dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano o dalle Comunità Comprensoriali.

La struttura è dotata di pianta organica ampliata rispetto ad altre strutture assistenziali, autorizzata con delibera specifica della Giunta Provinciale di Bolzano. Oltre al servizio infermieristico, composto da 48 infermieri e quattro coordinatori, ed assistenziale, composto da 30 assistenti geriatriche, sono presenti in struttura due medici che dipendono dalla Divisione di Geriatria dell'Ospedale, la quale, inoltre, garantisce un servizio di reperibilità medica notturna e festiva, ed un medico facente capo alla Divisione di Urologia, due dietiste e cinque fisioterapisti.

Per gli ospiti che possono lasciare le stanze di degenza è prevista quotidianamente un'attività di socializzazione coordinata da sei animatori.

Le gravi difficoltà riscontrate nel reperimento di personale infermieristico ed assistenziale avevano a suo tempo indotto l'Azienda Sanitaria a scegliere come alternativa alla gestione diretta la cessione a terzi della gestione non solo del servizio infermieristico ed assistenziale ma di tutta la struttura attraverso un appalto di *Global Service*.

Le attività sanitarie e socio-sanitarie di coordinamen-

to, alberghiere e di ristorazione, di pulizia e di gestione delle proprietà immobiliari e mobiliari sono state affidate in *Global Service* mediante una gara pubblica di appalto aggiudicata ad una Cooperativa Sociale, che tuttora gestisce il Centro.

L'Azienda Sanitaria di Bolzano provvede a proprio carico e direttamente a fornire i beni ed i servizi riportati nella Tabella 2.

A distanza di oltre cinque anni da questa coraggiosa decisione le esperienze raccolte possono considerarsi positive.

Rispetto alla gestione diretta i vantaggi della gestione in *outsourcing* spaziano dalle facilitazioni nel reperimento del personale, alla presenza di un unico interlocutore rappresentante tutti i profili professionali coinvolti, alla garanzia di un servizio continuativo, alle verifiche sulla sicurezza sul lavoro.

Tra le possibili aree di criticità emerge, ad esempio, la gestione delle risorse umane che, qui come altrove, rappresenta la vera sfida. Non sempre, infatti, la gestione in *outsourcing* è in grado di garantire un servizio impeccabile attraverso la continuità assistenziale (sia in termini orari, sia di ridotto *turnover* degli operatori), e il pieno rispetto dei criteri di una buona gestione del personale.

Non sempre di facile attuazione, nonostante l'adozione di protocolli operativi, si presenta il controllo della qua-

Tabella 2 - Beni e servizi forniti dall'Azienda Sanitaria di Bolzano.

- Servizio di direzione medica
- Servizio medico, compreso il servizio medico specialistico al bisogno, e servizio psicologico
- Servizio di consulenza dietetico nutrizionale
- Servizio di radioprotezione
- Servizio di direzione infermieristica
- Arredo, attrezzature, dispositivi medici, strumentario
- Farmaci, presidi medico-chirurgici, prodotti per nutrizione enterale e parenterale, contenitori per rifiuti speciali sanitari pericolosi e non pericolosi ed altri materiali sanitari di consumo dovuti ai ricoverati
- Manutenzione straordinaria della struttura
- Asporto ed eliminazione dei rifiuti speciali sanitari pericolosi e non pericolosi
- Trasporto degenti da e per l'ospedale e/o da e per altri ambulatori e servizi specialistici
- Trasporto prelievi biologici verso i laboratori di destinazione
- Servizio di ingegneria clinica
- Servizio di assistenza religiosa
- Servizio di disinfezione e disinfestazione
- Servizio di sterilizzazione strumentario vario
- Servizio di manutenzione parco e giardino

ESPERIENZE

lità attesa delle prestazioni, non ultimo per le difficoltà incontrate a monte nella stesura del capitolato d'oneri e nella definizione non esauriente della qualità richiesta. Tra le aree di possibile criticità, quella riguardante il personale di assistenza nel suo complesso riveste un ruolo di fondamentale importanza. Un aspetto particolarmente delicato è rappresentato dalla provenienza più disparata, soprattutto del personale infermieristico, con esperienze formative ed orientamenti molto diversi da Scuola a Scuola e da Stato a Stato. Questa realtà richiede, principalmente da parte dei responsabili sanitari, medici ed infermieri, capacità di valutazione delle conoscenze tecnico-pratiche del personale, disponibilità all'integrazione, elasticità nella programmazione dei turni.

Un problema anche altrove spesso sottovalutato al fine della valorizzazione della centralità del paziente anziano e dell'umanizzazione della struttura è rappresentato dalla necessità di collaborazione ed integrazione tra vari profili e livelli professionali appartenenti sia al ruolo sanitario che sociale. Solo attraverso il lavoro di gruppo attorno ad un programma assistenziale individualizzato e condiviso da tutte le parti in causa si è potuto raggiungere l'obiettivo di una presa in carico comune e globale del paziente. Ciò viene notevolmente influen-

zato dalla qualità del rapporto tra amministrazione pubblica, gestore privato-sociale e responsabili sanitari, basato nel caso specifico sul dialogo aperto e costruttivo tra le parti.

Nonostante le perplessità iniziali, le difficoltà incontrate nell'interpretazione autentica dei vari ruoli, la necessità di ridefinizione di competenze e responsabilità, una non sempre facile convivenza tra interessi del pubblico e del privato-sociale, il progetto "Global Service in outsourcing" può ritenersi riuscito in quanto ha aperto strade nuove per una più lineare, più agevole, più elastica e (ancora da dimostrare in maniera definitiva), più economica gestione dei servizi sanitario-assistenziali nel settore anziani.

L'unicità del Centro di Degenza Firmian risiede pertanto nel fatto che, pur essendo distaccato dall'Ospedale e gestito in *outsourcing* con un contratto di *Global Service*, è considerato a tutti gli effetti come un reparto ospedaliero.

Rappresenta quindi un progetto pilota di integrazione tra pubblico e privato che, con reciproca soddisfazione, garantisce un elevato standard di assistenza a pazienti gravi non autosufficienti, che vengono così affidati con la certezza di una qualità del servizio almeno pari a quella garantita ai pazienti ricoverati in ospedale.



Figura 1 - Il Centro di Degenza Firmian.

Manuale di medicina di Emergenza e Pronto Soccorso

II edizione aggiornata con le Linee Guida ILCOR 2005-2006 per la Rianimazione Cardiopolmonare

M. G. Balzanelli

F. Coraggio, A. Gullo, S. Miniello, N. Gentiloni, M. Costa, O. Chiara, G. Berlot, F. Clemente, A. Catalano, A. Martino, E. Carchietti, E. di Lauro, M. Bisceglia



f.to cm. 13,5x19,7 - pagine 1536
€ 80,00

Contenuti principali

- Emergenza sanitaria: dalla concezione alla organizzazione alla gestione
- Il supporto delle funzioni vitali nel paziente non traumatizzato
- Il supporto delle funzioni vitali nel paziente traumatizzato
- Lo shock
- Emergenze cardiovascolari
- Emergenze respiratorie
- Emergenze in gastroenterologia
- Emergenze in neurologia
- Emergenze in tossicologia
- Emergenze endocrino metaboliche
- Emergenze in malattie infettive
- Emergenze in reumatologia
- Emergenze nefro-urologiche
- Emergenze da agenti fisici e da patologia ambientale
- Emergenze oculistiche
- Emergenze ORL
- Manovre tecniche in emergenza

ABC DEL PRIMO SOCCORSO

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, S. Miniello, C. Fiore, F. Clemente, A. Martino, A. Catalano, P. Caramia
Volume brossurato di 130 pagine - € 15,00

MANUALE DI EDUCAZIONE, SICUREZZA E PRIMO SOCCORSO SULLA STRADA

Con il patrocinio della Polizia Stradale
M.G. Balzanelli, G.M. Bonomo, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello
Volume brossurato di 440 pagine con 130 figure a colori - € 30,00

MANUALE DI PRIMO SOCCORSO NEI LUOGHI DI LAVORO

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, P. Bianco, S. Miniello
Volume brossurato di 464 pagine con 103 figure a colori - € 30,00

MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello
Volume brossurato di 400 pagine con 103 figure a colori - € 30,00

LA MORTE IMPROVVISA

M.G. Balzanelli, A. Catalano
Volume brossurato di 472 pagine - € 27,00

PRIMO SOCCORSO AL TRAUMATIZZATO Basic Trauma Care

S. Miniello, M.G. Balzanelli, M. Nacchiero
Volume brossurato di 272 pagine - € 40,00

TRATTATO DELLE EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE E DI TERAPIA INTENSIVA

Editors M.G. Balzanelli, F. Coraggio
Opera in 3 volumi di 1488, 1568 e 1624 pagine - € 500,00



CIC Edizioni Internazionali

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI S.R.L.

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

Un originale approccio assistenziale alle necessità dell'anziano: "Globalcare in Geriatria"

Pasti serali alle ore 18,30 (quando non alle ore 17,30); messa a letto alle ore 19 o alle ore 20; toeletta alle ore 6,30; ospiti "mescolati" nelle camere senza alcun criterio che rispetti simpatie, sintonie, possibilità di comunicazione. E ancora: per il nuovo ospite un'accoglienza distratta, sbrigativa; scarsa comunicazione con la famiglia (i parenti, per definizione, sono "un fastidio", per usare un eufemismo). Nonostante ogni Casa di Riposo o Residenza Assistenziale non perda occasione per ricordare che "il benessere degli anziani viene in primo luogo, che le esigenze degli anziani sono prioritarie, che i parenti sono una risorsa", la realtà è ben diversa: prioritarie sono le esigenze organizzative, e intorno ad esse ruota la vita della struttura. Ma è vero che non si può fare diversamente?

La testimonianza inviataci da Vincenzo Vismara e Cinzia Mancini*, frutto di un'esperienza che parte dal 1999, dimostra che una presa in carico globale a forte connotazione psicoaffettiva e rispettosa delle esigenze dei singoli non solo è possibile, ma conveniente: a parità di costi comporta risultati notevolmente superiori rispetto all'assistenza standardizzata. Purtroppo ragioni di spazio non ci consentono di riproporre integralmente il bell'articolo di Vismara; ci limitiamo perciò a sintetizzarne gli aspetti essenziali, sperando di trasmettere correttamente l'esperienza degli Autori.

GLOBALCARE (GC)

Il "care" globale si attua attraverso un particolare approccio psicoaffettivo nei confronti dell'ospite al fine di rendere più accogliente e meno alienante l'istituzionalizzazione della condizione di malato nel suo complesso; ciò consente di meglio sopportarne le

condizioni psichiche e fisiche. Presupposto indispensabile è l'integrazione delle varie figure professionali, la loro motivazione, la duttilità, la capacità di adattarsi alle diverse esigenze. Altro caposaldo del GC è l'alleanza terapeutica che si instaura con la famiglia anche prima del ricovero.

ACCOGLIENZA

All'accoglienza dell'ospite viene attribuito un significato prioritario che viene esteso al di là dal momento in cui il ricoverato varca la soglia dell'istituzione.

Preparazione all'accoglienza

Prima del ricovero almeno due operatori dell'équipe assistenziale si recano presso la sede in cui si trova il "ricoverando". Durante questo sopralluogo i membri dell'équipe si presentano all'anziano ed ai familiari, spiegano il motivo della visita e raccolgono un'accurata anamnesi clinica e sociale. In tal modo il ricovero non rappresenterà un evento improvviso e sgradito, ma la naturale prosecuzione di un rapporto assistenziale.

Durante questo incontro si inizierà anche a costruire un legame con il caregiver principale onde coinvolgerlo da subito nel progetto assistenziale: è questo il primo passo di quell'alleanza terapeutica che caratterizzerà tutto il periodo di ricovero.

Accoglienza in struttura

L'arrivo dell'ospite al nucleo deve essere effettuato di preferenza tra le ore 9,30 e le 11 onde consentire l'ac-

* UOS Geriatria, ASL 11 di Empoli.

coglienza da parte di tutta l'équipe curante: medici, infermieri, addetti all'assistenza, fisioterapisti, animatori si presentano spiegando le proprie mansioni.

Dal canto loro, il paziente ed i familiari vengono invitati a manifestare i propri desideri ed anche ad esternare dubbi e preoccupazioni: fin dall'inizio si tende perciò a instaurare un rapporto di empatia.

TRATTAMENTO

La valutazione d'équipe

Entro tre giorni dall'ingresso, l'ospite viene valutato dalle varie figure professionali che provvedono a compilare il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Da questa valutazione emergeranno i problemi e i bisogni a cui spetta dare una risposta globale secondo le priorità accertate; naturalmente il PAI deve essere periodicamente aggiornato secondo le necessità del paziente.

Stesura della cartella clinica unificata

Si tratta di una cartella clinica, elaborata da tutto il personale, finalizzata a rendere unitario e strutturato l'intervento. Nella cartella convivono le necessità cliniche, infermieristiche e riabilitative in un continuum che porta ad una costante valutazione della situazione del paziente da vari punti di vista; secondo l'esperienza degli Autori il momento fondamentale dell'utilizzo e della stesura della cartella unificata è quello della riunione a fine turno a cui possono partecipare anche i familiari.

Dimissione condivisa

Nei casi in cui si procede alla dimissione del ricoverato, la lettera di dimissione riporta non solo la diagnosi

e la terapia (secondo il modello tradizionale), ma anche la valutazione degli infermieri, dei terapisti della riabilitazione, degli animatori. Vengono inoltre sintetizzati i momenti salienti del ricovero.

L'accompagnamento

Dimettere non significa abbandonare il paziente. In base al GC, prima della dimissione il personale dell'équipe curante si può recare al domicilio del paziente per rendersi conto della realtà abitativa e socio ambientale onde poter suggerire eventuali interventi correttivi che facilitino le autonomie al domicilio. Ciò che caratterizza l'accompagnamento è che in seguito alla dimissione viene mantenuto il contatto con il paziente e la famiglia, che vengono così accompagnati nel proseguimento della presa in carico in modo che anche al domicilio venga conservata la stessa peculiarità assistenziale che ha connotato il ricovero.

CONCLUSIONI

Il mantenimento della dignità, dell'individualità e delle abitudini dell'anziano sono l'obiettivo primario del GC. I riscontri di questa esperienza pluriennale testimoniano che è possibile conseguire questa finalità attraverso la motivazione e l'integrazione sinergica del personale senza che ciò richieda un aumento delle risorse economiche ed umane.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Vismara V, Bernini L, Bandini P, Caluori M. "Global Care" in geriatria. Dal curare al prendersi cura: esperienza di normalità per l'anziano ricoverato. Medicina e chirurgia. Quaderni di aggiornamento e selezione bibliografica. Volume 3 (Fascicolo I), Pacini editore, Pisa 2001.

A cura di **Giovanni Bigatello**
GRG Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia



I NOSTRI PERIODICI

GIORNALI

GINECORAMA

Bimestrale di attualità e aggiornamento di ostetricia, ginecologia e medicina della donna diretto da A.R. Genazzani

CUORE E VASI

Organo ufficiale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC) Trimestrale di aggiornamento ed informazione cardiovascolare diretto da M. Volpe

IL DERMATOLOGO

Bimestrale di aggiornamento in dermatologia, dermocosmetologia e chirurgia estetica diretto da S. Chimenti

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Organo ufficiale CIMO-ASMD Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri - Associazione Sindacale Medici Dirigenti Bimestrale diretto da C. Sizia

INTERNATIONAL TRENDS IN ONCOLOGY

Trimestrale di attualità ed informazione oncologica diretto da F. Schittulli

PSICHIATRI OGGI

Bimestrale di attualità in psichiatria diretto da P.L. Scapicchio

GIORNALE DI NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría Quadrimestrale

GIORNALE DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

Trimestrale diretto da M. Trabucchi

DEMENZE

Trimestrale diretto da M. Trabucchi

ATTUALITÀ IN PEDIATRIA

Trimestrale diretto da N. Principi

HELIOS

Semestrale di aggiornamento in wound care diretto da A. Cavicchioli

IL GASTROENTEROLOGO

Organo ufficiale del Gruppo Internazionale di Studio sulle Dismotilità Intestinali (GISDI) Trimestrale

LIIT

Giornale di educazione alla salute della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Trimestrale diretto da F. Schittulli

WOUND CARE TIMES

Quadrimestrale di informazione ed aggiornamento scientifico sulla riparazione tessutale

I LUOGHI DELLA CURA

Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria Trimestrale diretto da A. Guaita, F. Landi, E. Zanetti

RIVISTE

ANNALI DI STOMATOLOGIA

Organo ufficiale del Collegio dei Docenti di Odontoiatria Trimestrale diretto da M. Capogreco

CLINICAL CASES IN MINERAL AND BONE METABOLISM

Organo Ufficiale della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS) Quadrimestrale diretto da M.L. Brandi

DERMATOLOGIA CLINICA

Organo Ufficiale della Clinica Dermatologica dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma Trimestrale diretto da S. Calvieri

FUNCTIONAL NEUROLOGY

and new trends in interventional neuroscience Trimestrale diretto da S. Bastianello

GIORNALE ITALIANO DI CONSERVATIVA ITALIAN JOURNAL OF OPERATIVE DENTISTRY

Organo Ufficiale della Società Italiana di Odontoiatria Conservativa (SIDOC) Trimestrale diretto da C. Prati

GIORNALE ITALIANO DI ENDODONZIA

Organo Ufficiale della Società Italiana di Endodonzia (SIE) Trimestrale diretto da G. Gambarini

GIORNALE ITALIANO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

In collaborazione con International Journal of Gynecology & Obstetrics, official publication of FIGO Mensile diretto da A.R. Genazzani

GIORNALE ITALIANO DI PSICO-ONCOLOGIA

Organo ufficiale della Società Italiana di Psico-Oncologia Semestrale diretto da G. Morasso, L. Grassi

GIORNALE ITALIANO DI ONCOLOGIA

Trimestrale fondato da L. Caldarola e C. Maltoni

JOURNAL OF PRENATAL MEDICINE

Official publication of the Italian Society of Prenatal Diagnosis and Fetal Maternal Medicine (SIDIP) Trimestrale diretto da P. Jeanty, C. Giorlandino

IL GIORNALE DI CHIRURGIA

Mensile diretto da G. Di Matteo

ITALIAN JOURNAL OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS

Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) Trimestrale diretto da A. Ambrosini

PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE

Organo Ufficiale della Società Italiana di Psichiatria di Consultazione (SIPC) Trimestrale diretto da G. Invernizzi

RICERCHE IN PSICHIATRIA

Quadrimestrale di studi psichiatrici diretto da P.L. Scapicchio

RIVISTA DI SESSUOLOGIA

Organo Ufficiale del Centro Italiano di Sessuologia (CIS) Trimestrale diretto da F. Avenia

TECNICHE CHIRURGICHE IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Quadrimestrale diretto R. Minola, F. Priano, G. Puddu, P. Rossi

NEWSLETTER

ANDRONEWS SIA

Trimestrale della Società Italiana di Andrologia diretto da V. Gentile

CIMO NEWS

Organo di informazione CIMO-ASMD (Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri Associazione Sindacale Medici Dirigenti)

FARMACOECONOMIA NEWS

Trimestrale di informazione e di politica economica sui farmaci

GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SIGIA) Trimestrale diretto da M. Dei

IL REUMATOLOGO - Trimestrale**LETTERA DI UROLOGIA**

Organo ufficiale della Società di Urologia Centro-Meridionale e delle Isole (SUIICMI) e dell'Associazione per la Ricerca di Base in Urologia (ARBU) Trimestrale diretto da F. Di Silverio

MENOPAUSA NEWS

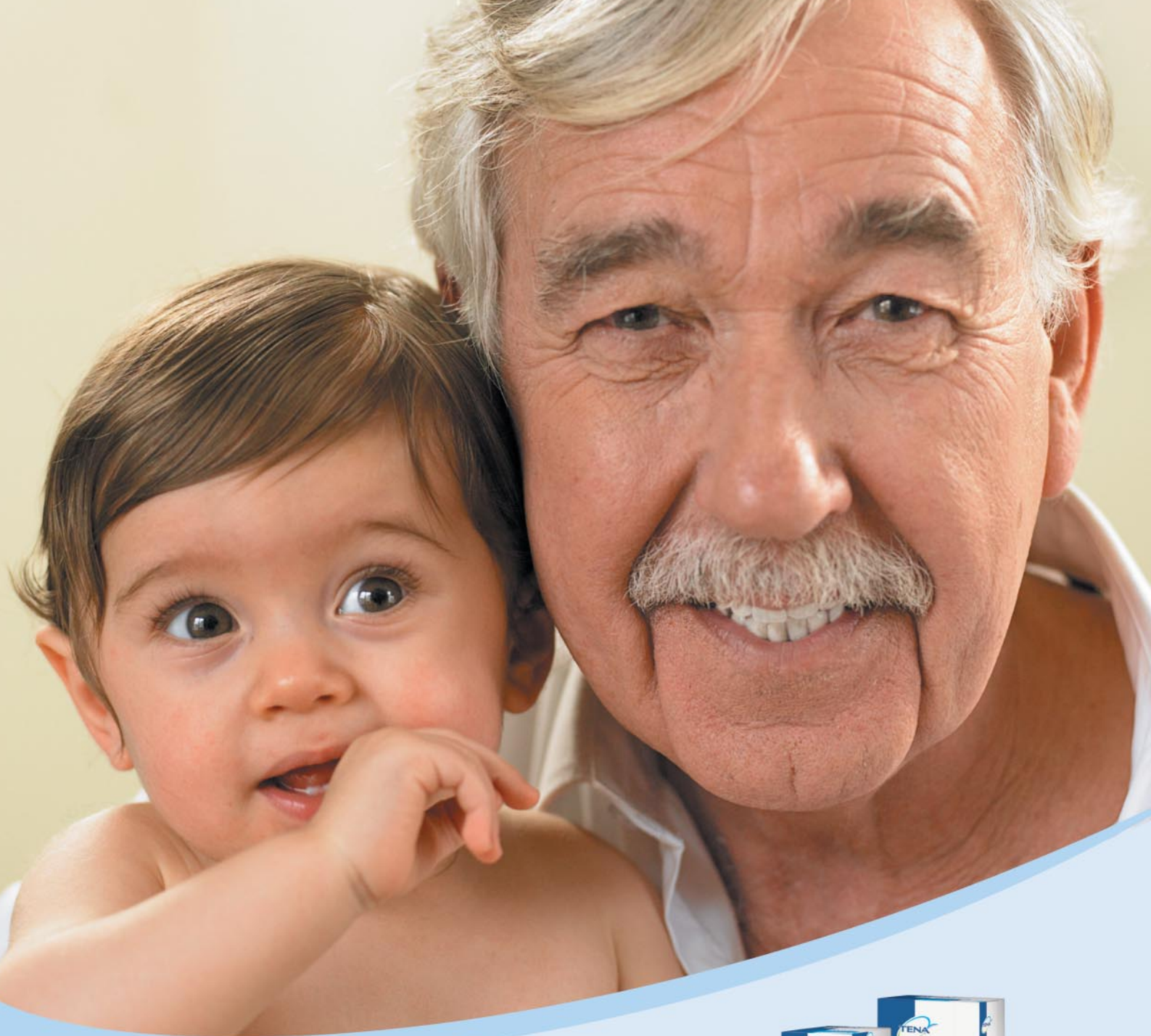
Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (SIGITE) Trimestrale diretto da A. Becorpi

ORTOPEDIA NEWS

Quadrimestrale

SIGO NOTIZIE

Trimestrale Supplemento dell'Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics Bollettino di informazione della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)



LINEA IGIENE TENA

Un'attenzione speciale per una pelle speciale

La pelle è un organo sorprendente. Ma dopo anni di intenso lavoro, ha bisogno di un aiuto per mantenersi sana, specialmente in presenza d'incontinenza. Ed è proprio qui che interviene la linea igiene TENA, specifica per l'igiene intima, che grazie ai suoi prodotti 3-in-1 deterge, idrata e protegge anche le pelli più delicate e fragili. Il risultato finale? Una pelle più sana e ospiti più sereni... e la gratitudine di Madre Natura.

TENA | L'assistenza migliore ad un costo totale minore

www.tena.IT | infotena.it@sca.com | Tel +39 0331 443811 | Fax +39 0331 443881

