

ISSN 1723 - 7750

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

I luoghi della cura

Anno VIII - N. 1
Marzo 2010
TRIMESTRALE

1/2010



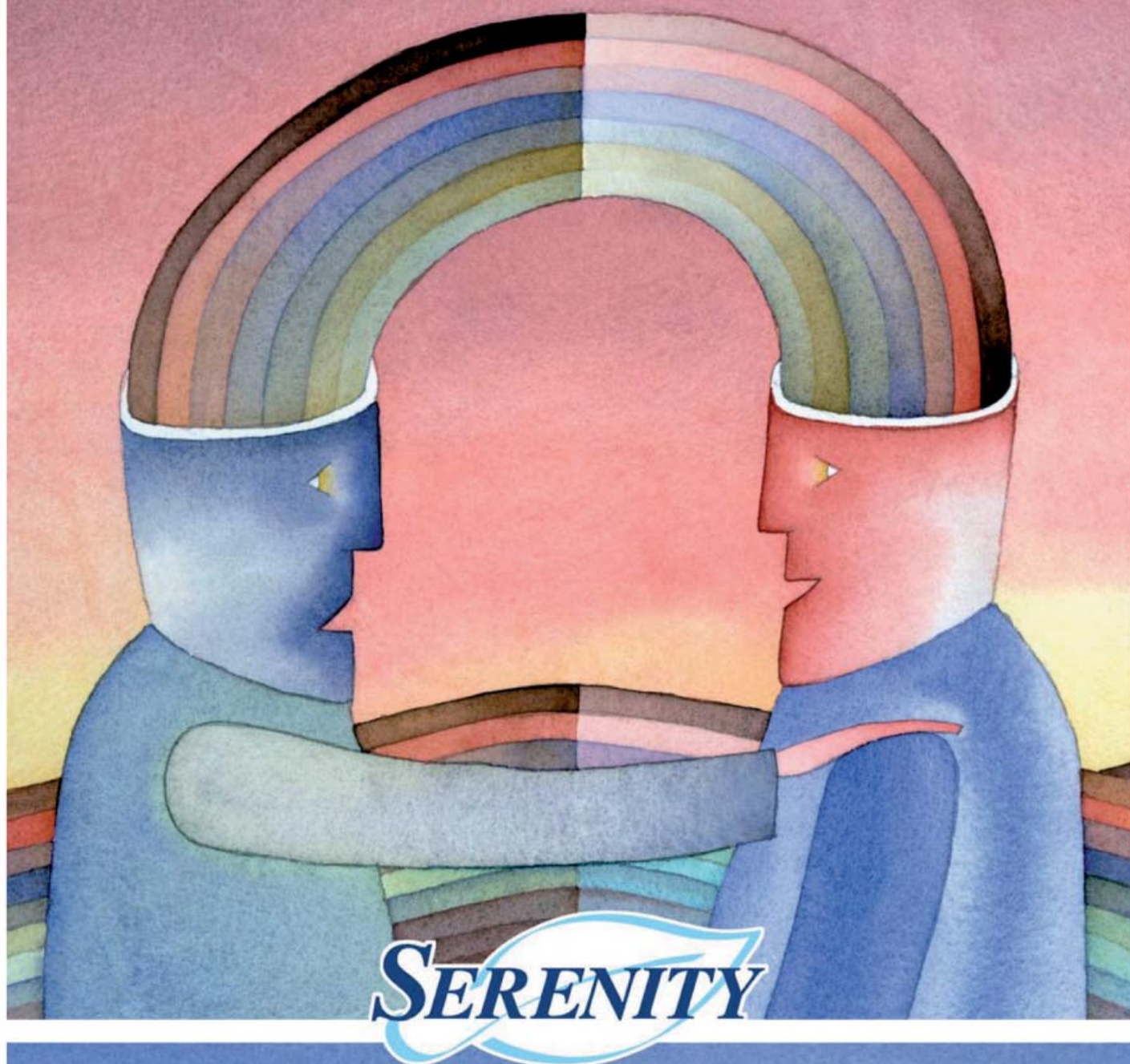

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Sentirsi serenity.



Sentirsi meglio.

Serenity è il leader italiano degli ausili per l'incontinenza, anche grazie all'intensa attività di ricerca e sviluppo del suo Centro Studi. Serenity fornisce consulenza, formazione e assistenza post-vendita, coordina servizi e risorse proponendo soluzioni su misura alle vostre esigenze. La sua missione è promuovere una nuova cultura del benessere quotidiano condividendola con chi dà il meglio nell'assistenza.



Ricerca scientifica, tecnologica e metodologica: gli strumenti indispensabili per offrire prodotti e servizi innovativi, programmando attività ed interventi collegati al mondo dell'incontinenza.

 **ARTSANA**

Per maggiori informazioni
vai sul sito

www.serenity-care.com
www.artsana.it

**Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Iole Di Francesco - difrancesco@gruppcic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile - arcangioli@gruppcic.it

Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio - garzonio@gruppcic.it

Fabio Regini - regini@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

R.O.C.: 6905/128611

Stampa: Litograf Todi srl - Todi (Perugia)

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 2010

Tiratura di questo numero: 3.000 copie. In fase di certificazione secondo il Regolamento CSST Certificazione Stampa Specializzata e Tecnica

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.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2010



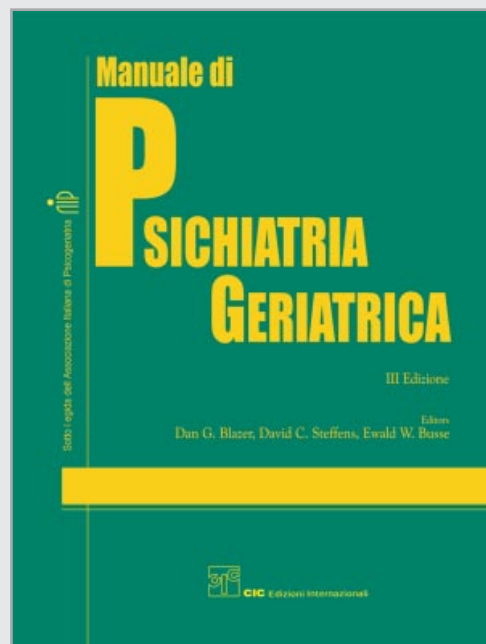
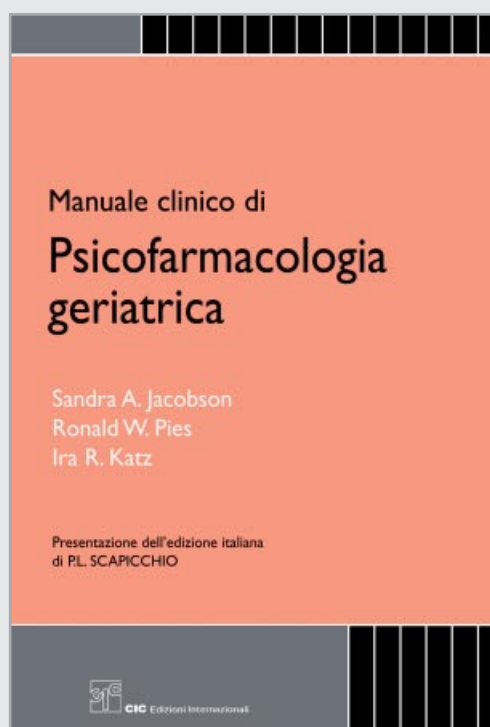
CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE**Provando e riprovando***Mauro Colombo, 5***ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI****Visite urgenti al domicilio per anziani affetti da demenza***Luc Pieter De Vreese, 7***MATERIALI DI LAVORO****La competenza decisionale dell'anziano e lo "stereotipo" giuridico della capacità di intendere e di volere***Veronica Cembrani, Fabio Cembrani, 12***ESPERIENZE****Nuove strategie rieducative per la persona con Parkinson***Valeria Salsi, Rita Romano, Renata Righetti, Manuela Grimoldi, Mimma Pirrazzo, Livio Bressan e Antonino Frustaglia, 18***SPUNTI DI DIBATTITO****Non esiste una riabilitazione per l'autonomia, è l'autonomia che riabilita***Pietro Vigorelli, 22***FAMIGLIA E VOLONTARIATO****La società della conoscenza non invecchia.****Ovvero: è sempre l'età giusta per imparare!***Elisabetta Donati, 27*

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Volume brossurato di 830 pagine
f.to cm 16?23
€ 70,00



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

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese
Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatrica

Volume cartonato di 624 pagine
f.to cm 21?28
€ 120,00

Provando e riprovando

Mauro Colombo

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" e "Fondazione Golgi Cenci", Abbiategrasso, Milano

Si sente dire spesso che viviamo un'“epoca di passioni tristi”. Ma ciò non sembra valere almeno per i lettori e gli autori de “I luoghi della cura”, scorrendo l'indice di questo numero, orientato a problemi di natura in ampio senso neurologica. Troviamo generosi tentativi di approccio innovativo che integrano cultura gerontologica e passione civile, impegno organizzativo e perizia giuridica. Tutti questi contributi convergono nella ricerca di soluzioni in frangenti che mettono in crisi i pazienti, i relativi contesti ed i modelli di cura tradizionali. Non sembra casuale che proprio mentre tali articoli venivano assemblati dal comitato editoriale, venisse diffuso in via telematica un articolo sulla “modulazione volontaria dell'attività cerebrale” in pazienti con disturbi della coscienza (Monti et al. 2010). Il lavoro riscuote immediata risonanza mediatica, prima ancora di venire pubblicato in forma stampata: ne parla – in coincidenza all'anniversario della vicenda Englaro - “Radio 3 Scienza” nella puntata radiofonica di martedì 9 febbraio mattina, intervistando il primo autore: tra l'altro, l'italo-americano Martin Monti rivela di essere approdato alle neuroscienze, partendo da competenze economiche acquisite all'università Bocconi... L'articolo si inserisce in una sequenza di ricerche compiute da gruppi inglesi e belgi consorziati, che da anni hanno sviluppato competenze e tecnologie che rintracciano attività cognitive evocabili anche in pazienti clinicamente in “stato vegetativo persistente”, per definizione caratterizzata da “veglia senza consapevolezza” (Zeman A., 1997). Nello specifico, mediante immagini cerebrali in risonanza funzionale, alcuni pazienti hanno dimostrato una consistente attivazione cerebrale

evocata da compiti di immaginazione motoria (giocare a tennis) e spaziale (muoversi in ambienti familiari, domestici e per strade urbane note). L'attivazione del metabolismo veniva evidenziata in aree cerebrali adeguate rispetto al tipo di attività richiesta, evocata da semplici istruzioni verbali. I medesimi compiti di immaginazione sono stati utilizzati per ottenere risposte sì/no a domande semplici (riferite ai nomi di parenti), in un paziente incapace di esibire risposte “comportamentali” all'esame clinico standard. Due dei 5 pazienti – su 54 – in cui la risonanza indicò segni di attivazione cerebrale, presentarono all'aggiornamento dell'esame neurologico risposte tali da modificare la diagnosi da “stato vegetativo persistente” a “stato di coscienza minima” (Giacino et al., 2002). Le riflessioni ed i quesiti che, sia pure con sottolineature ed accenti diversi, propongono sia gli autori dell'articolo originale sia all'editorialista (Ropper AH., 2010), sorgono spontaneamente anche nel lettore, affiancandosi ad altri spunti:

- l'editorialista si domanda se alle immagini di attivazione in risonanza corrispondano tracce di esperienze; riconosce poi - rivedendo l'evoluzione della bibliografia - che gli autori hanno fornito prove più persuasive di funzioni cognitive residue, anche esecutive. Non si tratta di un puro dibattito filosofico, come se Platone e Leibniz si confrontassero implicitamente, rispettivamente tra ombre proiettate su un muro, ed “appercezioni” consapevoli – così definite entrambe dall'editorialista che si pone il quesito clinico concreto dell'opportunità di affiancare, all'esame neurologico standard, simili raffinate indagini neuro-funzionali¹;

¹ L'autore dell'articolo originale usa il termine “corroborazione”, caro – ma per vagliare, falsificandola, una ipotesi, piuttosto che per sostenerla – a Popper; autore, con Eccles, de “L'io e il suo cervello”; l'editorialista conclude criticando “attivo il mio cervello, quindi esisto” in opposizione al “penso dunque esisto” di Cartesio, a sua volta criticato per aver separato la mente dal cervello (Rosenberg RN., 2009).

- nessuno riesce attualmente a sbilanciarsi in termini di “flussi di pensiero” (viene chiamato in causa – ancora esplicitamente – un altro filosofo: William James), di aspetti volitivi ed affettivi, e di conseguente “qualità di vita”;
- viene sottolineato come le capacità cognitive residue – ricercate mediante indagini sofisticate – riguardino una stretta minoranza dei pazienti, tra l'altro solo in caso di esiti di traumi cranici, e non per alterazioni di coscienza da altre origini.
- emergono ulteriori difficoltà nel rapporto coi familiari, consapevoli che una assenza di prove non coincide con una prova di assenza: al di là della ermeneutica, tornando alle vicende cliniche esaminate, il paziente in questione non ha fornito segni di attivazione cerebrale solo durante 1 di 6 sessioni analoghe: perché? a causa di una transitoria flessione nei livelli di coscienza, piuttosto che per “volontà di non rispondere”?; e di fronte all'ampia maggioranza dei pazienti che non hanno mai dato segni di risposta alla risonanza, si trattava di una insufficiente sensibilità della metodica, o di oscillazioni su tempi lunghi della coscienza (almeno per la metà abbondante dei casi, quelli in “stato di coscienza minima”), od ancora di richieste di compiti che eccedevano le capacità cognitive residue?

Nonostante i tanti dubbi, si possono però trarre alcune conclusioni e raccomandazioni:

- senz'altro viene ribadita l'importanza di effettuare accurati esami clinici seriati, sfruttando l'opportunità di ripetere osservazioni a distanza di tempo

– raccogliendo così l'invito posto dall'antico maestro di tanti gerontologi clinici, il professor Ugo Cavalieri;

- allo sforzo clinico occorre affiancarne uno “ermeneutico”: dovremo imparare ad utilizzare i segnali relativi alla coscienza similmente a come adoperiamo la creatininemia per misurare la funzionalità renale, posto che il rinnovamento in atto nella nosologia ci presenta i livelli di coscienza come uno spettro², piuttosto che per categorie definite (Giacino et al., 2002; Rosenberg RN., 2009)

Insomma, per chi si occupa della cura delle persone anziane, esiste un modo per uscire dalle strettoie delle “passioni tristi”: all'etica di Spinoza conviene contrapporre il motto della antica e gloriosa Accademia del Cimento: “provando e riprovando”.

BIBLIOGRAFIA

Giacino JT, Ashwal S, Childs N, Cranford R, Jennett B, Katz DI, Kelly JP, Rosenberg JH, Whyte J, Zafonte RD, Zasler ND. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 58: 349-353

Monti MM, Vanhaudenhuyse A, Coleman MR, Boly M, Pickard JD, Tshibanda L, Owen AM, Laureys S. Willful modulation of brain activity in disorders of consciousness. *N Eng J Med* 3 febbraio 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa0905370

Ropper AH. Cogito ergo sum by MRI. *N Eng J Med* 3 febbraio 2010. DOI: 10.1056/NEJMe0909667

Rosenberg RN. Consciousness, coma and brain death-2009. *JAMA* 2009; 30: 1172-1174

Zeman A. Persistent vegetative state. *Lancet* 1997; 350: 795-99

² 2 il caso del delirium è emblematico: si può dare il caso di pazienti che colgono gli stati d'animo altrui, e contemporaneamente risultano confusi su altre questioni, mutando magari di condizione su tempi cortissimi.

Visite urgenti al domicilio per anziani affetti da demenza

Luc Pieter De Vreese

Dipartimento di Cure Primarie, Area 'Salute Anziani', Psicogeriatrica Territoriale, Distretto di Modena, ASL Modena

INTRODUZIONE

Le malattie dementigene primarie e secondarie hanno una evoluzione clinica necessariamente negativa con cambiamenti profondi delle funzioni cognitive, dello stato funzionale e del comportamento, associati, nelle fasi avanzate di malattia, ad alterazioni neurologiche (ad esempio parkinsonismo, epilessia, mioclonia, sindrome di Balint) e problemi fisici ingravescenti (ad esempio comorbidità organica, complicanze demenza-correlate). Ciò significa che il malato prima o poi non potrà più essere seguito ambulatorialmente. Questo impedimento vale sia per i malati che vivono a casa, spesso con l'aggravante della presenza di barriere architettoniche, sia per gli ospiti dei servizi residenziali. Inoltre, vi sono i malati con *delirium* sovrapposto a demenza (DSD) (Fick et al., 2002) da agente eziologico esterno alla demenza che, indipendentemente dalla fase di malattia, difficilmente possono essere visitati negli ambulatori. La sua prevalenza a domicilio è stimata intorno al 20-25% (Fick et al., 2005). Un servizio psicogeriatrico territoriale di facile e rapido accesso, in cui un esperto nella diagnosi e cura soprattutto dei sintomi comportamentali e psicologici nella demenza (BPSD), che siano di natura primaria o secondaria, si reca a domicilio o nelle residenze, figura tra i bisogni frequentemente espressi sia dalle famiglie (AIMA e Censis, 2007) che dal personale di cura delle residenze.

IL SERVIZIO PSICOGERIATRICO TERRITORIALE

Un accenno alla storia

Nel tentativo di soddisfare questi bisogni, il Dipartimento di Cure Primarie del Distretto di Modena dal 2001

ha istituito, in via sperimentale, la figura del 'consulente psicogeriatrico' sul territorio che, su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG), tramite modulo del ricettario nazionale, si reca al domicilio del malato o nelle residenze, con la possibilità, se ritenuto opportuno, di prescrivere *'in loco'* dei piani terapeutici per i farmaci anti-demenza o gli antipsicotici atipici. Nonostante un avvio difficoltoso per problemi sia di tipo organizzativo sia culturale, le consulenze psicogeriatriche sono cresciute, negli anni, in termini sia quantitativi (da meno di 100 nel 2001 a più di 400 accessi nel 2006) sia qualitativi (adeguatezza delle richieste). Dal 2007 esse sono diventate un vero e proprio servizio, gestito dal Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto di Modena, che filtra le domande secondo alcuni criteri di eleggibilità, spiegati nel paragrafo successivo, e stabilisce gli orari delle visite, con due mezze giornate settimanali riservate ai casi giudicati "urgenti".

I criteri di eleggibilità

I malati eleggibili al servizio sono persone con (sospetta) demenza di qualunque gravità, residenti nel Distretto di Modena, impossibilitati a recarsi nei due Centri Universitari per i Disturbi Cognitivi (ex-UVA) o che presentano BPSD di dirompenza tale da necessitare di un intervento tempestivo, non compatibile con i tradizionali tempi di attesa per le visite ambulatoriali pubbliche (Tab. I).

Le modalità di accesso al servizio

La Figura 1 illustra come il perno del servizio per i malati che risiedono a domicilio è la triade famiglia – MMG – PUA. Le segnalazioni possono pervenire al MMG anche tramite altri presidi, quali i medici del Pronto Soccorso, gli specialisti ambulatoriali (compresi i due ex-UVA) oppure tramite i servizi domiciliari infermieristici o so-

Tabella I - I criteri di eleggibilità al servizio psicogeriatrico territoriale.

- **A domicilio**
 - Malati non collaboranti per:
 - scarsa o totale non auto-consapevolezza di malattia, in particolare anziani che vivono soli
 - comparsa di BPSD persistenti o il loro (repentino) peggioramento
 - Malati carrozzati o allettati oppure non spostabili per gravi problemi di salute e/o per barriere architettoniche in casa con o senza BPSD di rilevanza clinica
- **Servizi (semi)residenziali**
 - Residenti in strutture protette pubbliche e convenzionate o in RSA per:
 - diagnosi clinica di demenza e prescrizione eventuale di farmaci anti-demenza
 - compromissione della qualità dell'assistenza e/o della convivenza a causa di BPSD persistenti
 - Ospiti dei Centri Diurni generici o specifici per le demenze per:
 - compromissione della qualità dell'assistenza e/o della convivenza a causa di BPSD persistenti

ciali. Tutte le richieste, comprese quelle dei medici delle strutture residenziali, affluiscono al PUA. In alcuni malati con gravi BPSD di recente insorgenza, il MMG può contattare direttamente, o tramite la famiglia, il PUA per avviare una visita a carattere "urgente", che viene effettuata in giornata, e comunque non oltre le 48 ore dalla segnalazione, a volte anche assieme al MMG.

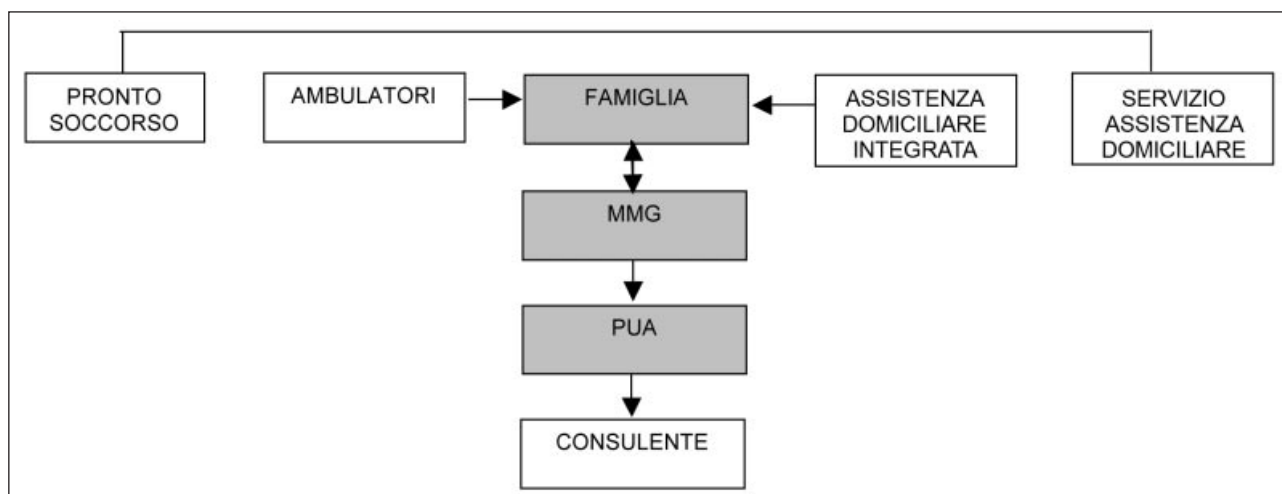
LA GESTIONE IN EMERGENZA A DOMICILIO

Il delirium sovrapposto a demenza (DSD): una sfida per il clinico.

Dalla figura 2 si deduce che il motivo più frequente delle visite sono i BPSD che, nel 30% circa dei casi, risultano essere in realtà secondari a cause extra-demenza e quindi inquadrabili in un DSD.

Si tratta di malati con recente dimissione dall'ospedale (con DSD prevalente o incidente dopo la dimissione) oppure di malati con "scompenso psico-comportamentale". La diagnosi di DSD non è agevole per vari motivi. Anzitutto, non esistono criteri diagnostici specifici di *delirium* nei malati di demenza. La tabella 2 presenta i criteri diagnostici secondo il *Confusion Assessment Method* (CAM) di Inouye (2006) che, pur essendo un valido strumento nei pazienti senza pre-esistente demenza, sono di scarsa applicabilità nella popolazione affetta da demenza.

Secondariamente, oltre alla caratteristica tendenza dell'anziano a sottoportare i sintomi (ad esempio il dolore) o a non manifestare i propri disturbi, e alla tipica paucisintomaticità o atipicità della manifestazione clinica di una patologia organica cronica riacutizzata o di una nuova malattia (Tab. 3), i malati con demenza avanzata, e quindi per definizione non più verbalmente comunicanti, non sono fonti affidabili per una adeguata anamnesi patologica recente.

**Figura I** - La rete di accesso al servizio psicogeriatrico territoriale.

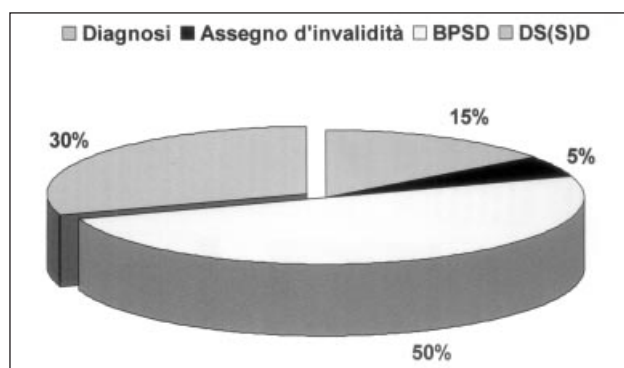


Figura 2 - Motivi delle consulenze psicogeriatriche territoriali.

Tabella 2 - Criteri diagnostici di Delirium secondo il Confusion Assessment Method.

1. Comparsa acuta dei sintomi e decorso fluttuante
 2. Disattenzione
 3. Disorganizzazione del pensiero
 4. Alterazione del livello di coscienza
 5. Disorientamento
 6. Disturbo della memoria
 7. Alterazione della percezione
 8. Agitazione psicomotoria o bradipsichismo
 9. Inversione ritmo sonno-veglia
- Diagnosi di *Delirium* certo se sono soddisfatti i criteri 1 e 2 con la presenza di 3 o 4 (algoritmo CAM)
Diagnosi di *Delirium* probabile se è incerto il criterio 1, ma è confermato il restante algoritmo (Lemiengre et al., 2006).

Terzo, il *delirium* non di rado è ad espressione subsindromica (DSSD) (Marcantonio et al., 2003) in cui sono presenti solo alcuni e non tutti i segni/sintomi che consentono di porre diagnosi di *delirium* certo (Tab. 2). In partico-

lare, il suo corteo sintomatologico è caratterizzato da: a) un esordio spesso subdolo, b) mancanza del tipico decorso fluttuante nelle ore diurne che contrasta con le spiccate fluttuazioni dei sintomi durante le ore pomeridiane e/o notturne che risultano, di solito, di intensità maggiore rispetto al *delirium* in persone senza demenza - da qui la confusione con un disturbo del ritmo circadiano demenza-correlata (Speciale et al., 2006 - c) un perdurare di diverse settimane, se non mesi (ad esempio, ischemia cerebrale, insufficienza renale lentamente peggiorativa, bronchite *ab ingestis*), d) una frequente asintomaticità o comunque presenza di un numero limitato di sintomi che, tra l'altro, possono essere l'espressione fenotipica di più malattie sottostanti (ad esempio vocalizzazioni del malato di demenza grave che ha dolore che causa *delirium* sovrapposto ad una depressione precedente). Per tutti questi motivi, il D(S)SD viene facilmente misconosciuto, favorendo un trattamento sintomatico dei BPSD a scapito della ricerca e del trattamento eziologico delle sue cause extra-demenza (De Vreese e Cester, 2003). Onde evitare il solo ricorso a psicofarmaci di scarsa utilità, e spesso con effetti peggiorativi sui sintomi cognitivi e non, il clinico deve prestare particolare attenzione a sintomi "aspecifici" di nuova e relativamente recente insorgenza (Tab. 4).

L'agente eziologico del DS(S)D

La Tabella 5 elenca in ordine decrescente le cause del D(S)SD con BPSD di rilevanza clinica interpretati non di rado in termini di un naturale evolversi della malattia demenziale medesima. Di fatto, non è infrequente che una visita richiesta non venga effettuata in quanto il malato risulta essere già ricoverato o addirittura deceduto nell'intervallo di tempo che trascorre tra l'avviso al PUA e la visita programmata. Si tratta quasi sicuramente di casi di D(S)SD causato da grave comorbidità o aggravato da

Tabella 3 - L'atipicità del sintomo di presentazione della patologia nell'anziano affetto da demenza (modificata da De Vreese, 2003).

- | | |
|----------------------------|---|
| • Crisi ipertensive | • Anziana con demenza moderata-grave viveva, durante le crisi ipertensive, tutti gli ospiti maschi come fossero suo marito (sindrome poliagnosica). |
| • Angina pectoris | • Anziano cardiopatico con demenza lieve, durante le passeggiate nel parco assieme alla moglie riferiva di vedere stormi di uccelli che volavano da un albero all'altro (allucinazioni visive). |
| • Diabete scompensato | • Anziana con demenza lieve, andava la sera a litigare con i vicini di casa accusandoli di rubarle il cibo dal frigorifero (delirio del furto). |
| • Trombosi venosa profonda | • Anziana con demenza moderata voleva assolutamente uscire dalla residenza affermando di vedere, dalla finestra della sua stanza, la cucina di casa sua dove erano da scolare i tortellini (amnesia reduplicativa per luoghi famigliari). |

Tabella 4 - I sintomi aspecifici del DSSD.

- Nuovi sintomi neuropsichiatrici in particolare i fenomeni dispersettivi:
 - Picture sign
 - Illusioni visive
 - Misidentificazioni: sindrome di Capgras, sindrome di Fregoli/sindrome poliagnosica, intermetamorfosi, amnesia reduplicativa
 - Confabulazioni spontanee
- Ansia/depressione
- Agitazione psicomotoria quale ad esempio vocalizzazioni (demenza grave), oppositività all'igiene
- Cadute/Sindrome della Torre di Pisa
- Peggioramento delle ADL residue ad una velocità non compatibile con la storia naturale della demenza
- Ipo- o anoressia

Tabella 5 - Le cause più frequenti di D(S)SD a domicilio.

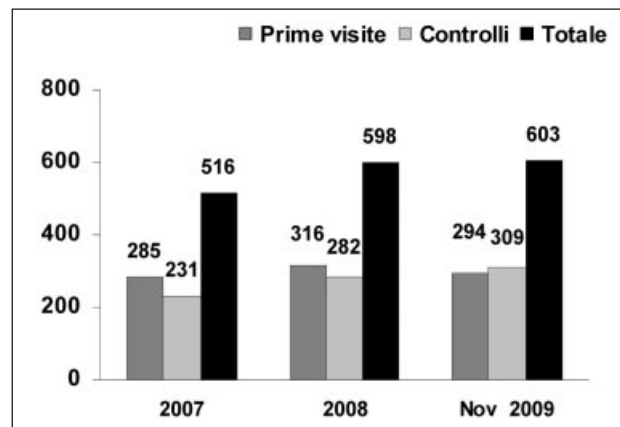
- Infezioni
 - Polmonari*, urinarie, lesioni da decubito, cavo orale
- Malattia cardio-cerebro-vascolari*
- Dolore
 - Contratture, lesioni da decubito, coprostasi, ritenzione urinaria*
- Farmaci
- Malnutrizione/Disidratazione
- Scompenso glicemico*
- Crisi comiziali*
- Neoplasia*

complicanze severe per il principio di omeostenosi, e non riconosciuto dal MMG oppure riferito non correttamente dai familiari. Da notare è che l'agente eziologico alla base del DS(S)D è raramente unico. Per quanto riguarda la malnutrizione e/o disidratazione, non è sempre possibile capire se siano la causa primaria piuttosto che una complicanza del D(S)SD stesso. Gli invii ai Pronto Soccorso in seguito alle visite territoriali esitano, nel 90% dei casi, in un ricovero mirato per le patologie ipotizzate alla base del D(S)SD. Tuttavia, si cerca sempre comunque di evitare il ricovero che è spesso fonte di complicanze e quindi di avviare una terapia eziologica e di supporto al domicilio, attivando i servizi territoriali (ADI, SAD) e informando la famiglia che il quadro sintomatologico può prolungarsi nel tempo anche se eliminate le cause. Le patologie, se di entità grave, segnate con *, esitano in un ricovero per un trattamento eziologico.

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il servizio di visite psicogeriatriche territoriali è nato per poter intervenire in tempi rapidi sui BPSD, evitando il ricovero ospedaliero o favorendo, al contrario, un ricovero "salva-vita" oppure procrastinando nel tempo la richiesta della famiglia di istituzionalizzazione del malato. Mancano dati precisi di verifica del raggiungimento di questi obiettivi. Tuttavia, si possono individuare almeno due chiari segnali del suo impatto positivo sul ricorso ai servizi ospedalieri e territoriali. Il primo riguarda il numero invariato, negli ultimi anni, dei ricoveri dei malati di demenza con scompenso psico-comportamentale tramite Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in "Diagnosi e Cura" (forse anche grazie all'operato degli ambulatori ex-UVA). Il secondo è che, a differenza del passato, non esiste più una lista di attesa per un ricovero temporaneo nel Nucleo Specialistico per le Demenze presso la RSA "9 Gennaio" del Comune di Modena (data la compartecipazione economica delle famiglie non è da escludere anche il fattore crisi economica).

Tuttavia, per poter mantenere questi obiettivi di fronte ad una sempre crescente richiesta dal territorio (Fig. 3), occorrono più risorse umane e strumentali di non facile reperibilità per le attuali restrizioni delle risorse economiche. Ad esempio, gli strumenti diagnostici a disposizione sono quelli di base, ed eventuali esami ematobiochimici al domicilio, effettuati dall'ADI, hanno tempi di attesa incompatibili con l'urgenza. Il consulente, non avendo l'autorizzazione alla "tranquillizzazione rapida", deve

**Figura 2** - Motivi delle consulenze psicogeriatriche territoriali.

attivare tramite il MMG, la guardia psichiatrica o i servizi di emergenza in quei casi dove l'agitazione e aggressività impediscono qualunque atto medico.

Nonostante queste limitazioni, l'aumento costante nel tempo delle visite psicogeriatriche territoriali indica da una parte, una crescente consapevolezza del MMG che i BPSD, indipendentemente dalla loro natura primaria o secondaria, rappresentano uno dei sintomi chiave della demenza e dall'altra il gradimento da parte delle famiglie e del personale di cura che si rivolgono in numero sempre maggiore a questo servizio.

BIBLIOGRAFIA

1. Associazione Italiana Malattia Alzheimer e Censis. I costi sociali ed economici della Malattia Alzheimer: Cosa è cambiato? Roma, 20 Ottobre 2007.

2. De Vreese LP, Cester A. Da "demenza complicata da comorbilità" a "comorbilità complicata da demenza". Rivista del Medico Pratico 2003; 44-8.
3. De Vreese LP. *La demenza nell'anziano. Dalla diagnosi alla gestione*. Milano: UTET Periodici Scientifici, 2003.
4. Fick DM, Agostani JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2002;50:1723-32.
5. Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-years retrospective study of occurrence, cost and utilization. J Gerontol Med Sci 2005;60A:748-53.
6. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med 2006;354(6):1157-65.
7. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, et al. Detection of delirium by bedside nurses using Confusion Assessment Method. J Am Geriatr Soc 2006;54(4):685-9.
8. Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, et al. Delirium symptoms in post-acute care. Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. J Am Geriatr Soc 2003;51:4-9.
9. Speciale S, Bellelli G, Turco R, Trabucchi M. Il delirium: marker dell'evoluzione clinica di un anziano fragile affetto da patologia acuta? G Gerontol 2006;54:28-40.

La competenza decisionale dell'anziano e lo "stereotipo" giuridico della capacità di intendere e di volere

Veronica Cembrani¹, Fabio Cembrani²

¹ Università degli Studi di Trento

² Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

La nostra, vuole essere una sintetica riflessione sul significato delle parole, sui *biases* cognitivi provocati dal progressivo innesto, nel nostro lessico professionale, di termini mutuati dalla lingua anglosassone (*informed consent*, *competence*, *privacy*, *malpractice*) e dal linguaggio giuridico (*capacità di intendere e di volere*) e sul ruolo che ha, spesso, nella pratica professionale, l'uso stereotipato¹ delle parole stesse che ci porta a supporre, o il fatto che i veicoli di senso che esse intendono significare non sono sufficientemente condivisi dalla comunità scientifica, o che essi sono accettati solo in parte, o che si è persa la consapevolezza riguardo al processo culturale che ha portato, talvolta faticosamente, alla scelta di un termine rispetto ad un altro (Cembrani e Cembrani, 2008).

I BIASES COGNITIVI NELL'USO STEREOTIPATO DELLE PAROLE

La letteratura che analizza le cause all'origine degli stereotipi è vastissima, e non è questa la sede per offrire il panorama esaustivo di tutte le interpretazioni elaborate dalla sociologia e dalla psicologia sociale. Ci basti osservare che, sul piano generale, tali interpretazioni possono essere ricondotte a due filoni di ricerca: da una parte chi interpreta lo stereotipo in forma negativa alla stregua di un giudizio errato ed irrazionale, dall'altra chi lo ritiene un fenomeno naturale dell'attività cognitiva determinato dalla realtà e/o dalle relazioni che intercorrono tra le persone. Focalizzando la nostra attenzione

¹ Il significato etimologico della parola stereotipo (dal greco *stereòs*, rigido, e *tùpos*, impronta) non è scontato. Nel dizionario della Lingua italiana di Devoto Oli (Ed. 2004-2005) essa esprime, infatti, significati diversi, identificando:

1. Un sistema di riproduzione a lastre (la stereotipia è un'operazione tecnologica che consiste nella riproduzione in un blocco fuso delle forme composte con caratteri mobili, ottenuta mediante impressione con presse idrauliche o meccaniche dei caratteri mobili su un tipo speciale di cartone);
2. In psicologia, qualsiasi opinione rigidamente preconstituita e generalizzata, cioè non acquisita sulla base di un'esperienza diretta e che prescinde dalla valutazione dei singoli casi, su persone o gruppi sociali;
3. In linguistica, lo stesso che luogo comune o frase fatta;
4. In filosofia del linguaggio, parte del significato che viene associato normalmente dal parlante ad un'espressione linguistica come insieme di caratteristiche tipiche e normalmente conosciute.

La parola stereotipo nasce, in realtà, nell'ambiente tipografico dove fu coniata verso la fine del '700 per indicare la riproduzione di immagini a stampa per mezzo di forme fisse, anche se la sua introduzione, nell'ambito delle scienze sociali, si deve al giornalista Walter Lippmann (Lippmann che, nel 1922, nel volume *Public Opinion*, sostenne che il rapporto conoscitivo con la realtà esterna non è diretto, risultando mediato dalle immagini mentali che di quella realtà ciascuno si forma, e rilevando, in tale processo di formazione, il forte condizionamento della stampa: tali immagini mentali, secondo Lippmann, costituiscono un processo di semplificazione della realtà ed hanno la caratteristica di essere fisse, grossolane e soprattutto rigide, in quanto profondamente ancorate nella cultura del tempo e nella personalità degli individui. Lo stereotipo, essendo il frutto di una scorciatoia mentale, rappresenta, dunque, un modo parziale ed inadeguato di rappresentare il mondo poiché presenta immagini così esagerate e generalizzate degli altri che finiscono con l'annullare ogni variabilità individuale; in pratica, lo stereotipo costituisce il nucleo cognitivo del pregiudizio (Mazzara, 1997; Villano, 2003) (dal latino *praeiudicium*, derivata da *iudicium*) che, a sua volta, identifica un'opinione pre-concetta, capace di fare assumere comportamenti inadeguati nel giudizio e nei rapporti sociali.

sulle interpretazioni più pertinenti con gli scopi che ci siamo proposti, esse sono da ricondurre: a) alle *teorie di tipo biologico*; b) alle *teorie di tipo psico-analitico*; c) alle *teorie di tipo cognitivo*; d) alle *teorie di tipo motivazionale*; e) alle *teorie di tipo psico-sociale*. Per le teorie di tipo biologico, gli *stereotipi* (ed i pregiudizi) sono l'espressione di una generica ostilità nei confronti di ciò che non si conosce e di chi è diverso da noi: l'ostilità sarebbe il risultato di un lunghissimo processo di selezione per adattamento delle specie. In questa prospettiva, gli *stereotipi* (ed i pregiudizi) altro non sarebbero che uno strumento sofisticato attraverso il quale l'essere umano, in quanto animale culturale e simbolico, esprime tale istinto di lotta per la sopravvivenza. L'approccio di tipo psico-analitico, ampiamente influenzato dalle teorie freudiane, concepisce gli *stereotipi* (ed i pregiudizi) come espressione dei bisogni motivazionali del soggetto e di profondi conflitti intra-psichici.

Gli esempi più noti di tale approccio - ampiamente criticato essendo stato dimostrato che *stereotipi* e pregiudizi sono dovuti non già a fattori di personalità, quanto, invece, a differenze socio-culturali - sono la teoria del capro espiatorio di Dollart (1967) e la teoria della personalità autoritaria di Adorno (1963).

Per la prima teoria le persone, quando sono frustrate o infelici, mostrano una maggiore aggressività nei confronti dei gruppi più deboli che vengono, dunque, ad assumere la funzione di capro espiatorio; secondo la teoria di Adorno gli *stereotipi* originano, invece, da un particolare tipo di personalità autoritaria, generalmente caratterizzata da uno stile di pensiero rigido e dogmatico, dalla tendenza a seguire in maniera incondizionata gli ordini superiori, dalla superstizione e da credenze di tipo etno-centrico fortemente conservatrici. Le teorie di tipo cognitivo si differenziano dalle precedenti per un tratto del tutto peculiare: per questo approccio sperimentale, gli *stereotipi* (ed i pregiudizi) non sono concepiti in termini negativi (come distorsioni mentali) essendo il prodotto di processi cognitivi naturali, comuni a tutti gli individui. Allport (1973) sostiene, in particolare, che la complessità del mondo ci impedisce di conservare un atteggiamento indifferenziato rispetto ad ogni cosa, con la conseguenza di essere costretti a massimizzare la nostra energia cognitiva per sviluppare un atteggiamento accurato solo verso alcuni argomenti semplificando, contestualmente, gli altri. Per Tajfel (Tajfel, 1969; Tajfel, 1981) gli *stereotipi* originano, invece, da un processo di categorizzazione, ossia dal processo cognitivo mediante il qua-

le gli individui ordinano mentalmente il mondo sociale e riducono, contestualmente, la quantità di informazioni con cui si confrontano. L'idea-base è che il nostro sistema cognitivo, di fronte alla sovrabbondante mole di dati e di informazioni che provengono dal mondo esterno, ha necessità di ridurre e semplificare le informazioni, raggruppandole in insiemi omogenei (le categorie): è, in pratica, il processo di astrazione (e di generalizzazione del reale) del quale si sono occupati i filosofi greci a partire da Aristotele, e del quale la psicologia cognitiva è impegnata ad esplicitare le modalità di funzionamento. Gli effetti di questo processo sono molteplici in quanto il processo di categorizzazione tende: a) ad accentuare, con effetto distorsivo, la somiglianza degli oggetti e dei soggetti che appartengono ad una data categoria (somiglianza intra-categoriale) e, contemporaneamente, ad incrementare le differenze tra oggetti e soggetti appartenenti a categorie diverse (differenza inter-categoriale); b) a differenziare l'*ingroup* (il gruppo a cui appartiene il soggetto) rispetto all'*outgroup* (il gruppo diverso dal proprio) e a potenziarne il senso di appartenenza, stabilendo la specifica positività dell'*ingroup* medesimo; c) ad associare ai requisiti di base che definiscono la categoria, altri requisiti accessori che finiscono per diventare anch'essi parte della definizione originaria. Inevitabile è, a questo punto, il collegamento con la stereotipizzazione: ciò che accomuna lo *stereotipo* e la categorizzazione è il fatto che entrambi sono meccanismi cognitivi che si prefiggono di semplificare le informazioni provenienti dal mondo esterno operando alla stregua di processi di economia mentale in grado di produrre semplicità ed ordine dove esiste complessità e variazione. Tuttavia, se l'uso delle categorie per ordinare il mondo è un processo del tutto ordinario del nostro funzionamento cognitivo, nel caso degli *stereotipi* (e dei pregiudizi) si va ben oltre: in questo caso, si estendono le caratteristiche di base che accomunano le componenti di una categoria con altri requisiti, con costrutti relativi a tratti, credenze e comportamenti per arrivare anche a connessioni di tipo causale che finiscono per diventare anch'essi parte della definizione, stabilendo, in maniera arbitraria, una corrispondenza tra la definizione oggettiva e quella soggettivamente attribuita. La differenza sostanziale tra l'utilizzo delle categorie come strumento ordinario di classificazione della realtà, e la loro utilizzazione distorta nel caso degli *stereotipi*, sta nella ragione per la quale un determinato tratto entra a far parte della categoria: que-

sto diventa *stereotipo* indebito quanto più si discosta dalla ragione originale che ha indotto il raggruppamento in categoria. Per l'approccio motivazionale, gli *stereotipi* riconoscono un'origine auto-protettiva e servono a mantenere un'immagine positiva di sé stessi e del gruppo a cui ciascuno di noi appartiene. La teoria a cui si fa, di solito, riferimento, è quella dell'identità sociale proposta da Tajfel e Turner nel 1979: l'ipotesi chiave di questa teoria è che l'attivazione di *stereotipi* nei confronti dell'*outgroup* derivi dal desiderio di raggiungere e di mantenere una identità sociale positiva e, sulla base di ciò, lo *stereotipo* giustificerebbe le azioni dell'*ingroup* e ne preserverebbe l'identità, le credenze ed i valori dominanti rispetto all'*outgroup*. Per le teorie di tipo psico-sociale, infine, gli *stereotipi* (ed i pregiudizi) sarebbero i prodotti di un costante processo collettivo di assegnazione di senso alla realtà. Questa idea, del tutto interessante per la nostra prospettiva, rinuncia a ricercare le cause degli *stereotipi* al di fuori di essi e sposta l'accento sul come essi si palesano, considerando le modalità della loro produzione e (ri)-produzione sociale come la loro vera essenza. Grande importanza viene, al riguardo, assegnata alle pratiche comunicative (sia a quelle di massa che alla comunicazione inter-personale quotidiana) nelle quali gli *stereotipi* (ed i pregiudizi) prendono forma, ed al contesto sociale in cui ciò avviene: la comunicazione viene, infatti, considerata da tale filone di ricerca non un semplice veicolo con il quale gli *stereotipi* si diffondono, bensì la loro sede propria e, in definitiva, la loro sostanza. Un punto che rafforza tale teoria interpretativa è quello della struttura retorica degli scambi comunicativi: l'ipotesi di fondo è che i pregiudizi e gli *stereotipi* acquistano forza a causa del modo specifico in cui si usano gli artifici classici della comunicazione persuasiva quando, in particolare, le argomentazioni utilizzate per sostenere un determinato assunto costituiscono un modo significativo di rapportarsi ad eventi significativi (*hard o penumbral cases*) della realtà.

LA COMPETENZA DECISIONALE DELL'ANZIANO: UNA QUESTIONE GIURIDICA O UNA SCELTA MORALE?

Tradizionalmente, nell'ambito del rapporto di cura, la competenza decisionale della persona (e, di conseguenza, la sua autonomia) viene riferita ad un parametro di chiara matrice giuridica: la *capacità di intendere e di volere*. È, questa, una *capacità* che la persona non acquisisce al momento della nascita² ma, convenzionalmente, al raggiungimento della maggiore età, e che è all'origine dell'*imputabilità penale* (art. 85 del Codice penale del 1938³) e della *capacità di agire* (art. 2 del Codice civile del 1942⁴): mentre la prima è da intendere come la (pre)-condizione che deve essere processualmente dimostrata per attribuire ad una persona il fatto dalla stessa commesso e le relative conseguenze giuridiche, la seconda va, a sua volta, intesa come l'attitudine della persona a compiere atti giuridici mediante i quali acquisire diritti e/o assumere doveri o, per dirla in altre parole, di essere autrice di qualsiasi atto (non solo di tipo negoziale) produttivo di effetti giuridici. Come tale, la *capacità di intendere e di volere* esprime la capacità della persona di discernere il significato ed il valore delle proprie azioni con la consapevolezza delle conseguenze (giuridiche e sociali) che da esse ne derivano e la capacità, contestuale, di modulare di conseguenza il proprio comportamento; diversamente dalla *capacità giuridica* (art. 1 del Codice civile), la *capacità di agire* (art. 2 del Codice civile) è, quindi, uno *status giuridico* più ristretto della personalità (da intendere, a sua volta, come lo *status giuridico* in forza del quale un soggetto è riconosciuto idoneo ad essere autore di atti o titolare di situazioni), risultando limitato alle sole persone naturali (non già a quelle giuridiche o artificiali) che sono le sole a possederne i requisiti psico-fisici (Ferrajoli, 2007). La differenza tra *imputabilità penale* e *personalità* risiede pertanto nel fatto che questa, al pari delle due capacità (la *capacità giuridica* e la *capacità d'agire*) che la compongono, è uno

² Alla nascita la persona umana acquisisce la capacità giuridica (art. 1 del Codice civile) che deve essere intesa come lo status giuridico in forza del quale un soggetto può essere titolare di situazioni o, più opportunamente, l'attitudine dell'uomo ad essere titolare di diritti e di doveri.

³ Art. 85 c.p. (Capacità di intendere e di volere) - Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere.

⁴ Art. 2 c.c. (Maggiore età. Capacità di agire) - La maggiore età è fissata al compimento del diciottesimo anno. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa. Sono salve le leggi speciali che stabiliscono un'età inferiore in materia di capacità a prestare il proprio lavoro. In tal caso il minore è abilitato all'esercizio dei diritti e delle azioni che dipendono dal contratto di lavoro.

status giuridico istituito da più regole costitutive che si rinnovano, specificatamente, nel Codice civile approvato nel 1942⁵.

Le persone che non hanno la piena *capacità di intendere e di volere* (o per ragioni di età anagrafica o per situazioni patologiche permanenti e/o transitorie) non sono pertanto, nel nostro ordinamento giuridico, imputabili, e possono essere sottoposte a quelle misure di protezione che si concretano nell'*interdizione* (art. 414 del Codice civile⁶), nell'*inabilitazione* (art. 415 c.c.⁷) e nell'*amministrazione di sostegno* (Legge 9 gennaio 2004, n. 6: "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali"⁸): questi istituti giuridici si riferiscono, peraltro, a persone che, rispettivamente, *si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che le rende incapaci di provvedere ai propri interessi*, ai maggiori di età infermi di mente ma non in modo così grave da procedere all'*interdizione* ed alle *persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana*.

C'è, dunque, da chiedersi se la volontà decisionale della persona anziana possa essere identificata, nell'ambito del rapporto e delle scelte di cura, con la *capacità di intendere e di volere* o se essa, al contrario, richieda una più ampia valutazione multi-assiale che la esplori in relazione alla capacità cognitiva di (Petrini, 2008):

➤ esprimere una scelta (*expressing a choice*: è, questo, un criterio-soglia perché la persona non in grado di esprimere la sua scelta non è certo in grado di partecipare costruttivamente al processo che fonda la scelta decisionale);

- comprendere le informazioni fornite (*understanding*);
- dare un giusto peso alla situazione ed alle sue possibili conseguenze (*appreciation*);
- utilizzare razionalmente le informazioni, ponderando le alternative terapeutiche in relazione al loro effettivo impatto sulla qualità della vita (*reasoning*).

Tali valutazioni competono, a nostro personale giudizio (Cembrani et al., 2005), al medico che ha in carico la persona con gli strumenti di lavoro normalmente utilizzati nel rapporto di cura; il ricorso indiscriminato, in tali casi, alla consulenza psichiatrica non sembra, infatti, né pertinente né appropriato (a meno che non si adoperi tale consulenza in chiave di "medicina difensivista") dovendo essere la medesima circoscritta a rarissime situazioni (esplicitamente previste dalla legge n. 180/1978) ed indipendentemente dal dissenso (ed ovviamente dall'adesione) espressi dalla persona al trattamento sanitario, perché accade spesso che la competenza decisionale sia considerata direttamente proporzionale al grado di adesione che la medesima esprime al trattamento stesso; in altre parole, se il paziente esprime il consenso alle cure, sia pur in una situazione di dubbia capacità, il problema di approfondirla non si pone, mentre, al contrario, il rifiuto alle cure costituisce - sempre e comunque - un valido motivo per ricorrere alla consulenza psichiatrica finalizzata a misurarne la capacità decisionale se non, addirittura, a fornire la prova dell'esistenza di un'(in)-capacità di intendere e di volere. Ed anche il ricorso, indiscriminato, a test di valutazione cognitiva, quale il MMSE, per valutare la competenza decisionale della persona, appare inopportuno perché non in grado di esplorarne i diversi *domini*, come inappropriata sembra essere la definizione di un *cut-off* al di sotto del quale tale capacità risulterebbe sempre e comunque compromessa; l'utilizzo dei test e delle interviste semi-strutturate (prospettive

⁵ La situazione è, come si vede, complessa sul piano degli intrecci normativi anche se ciò che è rilevante, per i fini che ci siamo proposti, è la circostanza che la capacità di intendere e di volere, posta a fondamento dell'imputabilità penale e della capacità di agire, è un parametro che, pur confrontandosi con le regole del positivismo giuridico, poco considera la capacità della persona di valutare le proprie azioni in relazione al personale stile di vita, alle preferenze, ai valori di riferimento (morali, filosofici, religiosi, politici, ecc.), alle aspettative, all'immagine che ciascuno di noi ha il diritto di lasciare di sé e a quanto, con una parola spesso abusata, definisce la dignità (ed il significato biografico) di ogni essere umano.

⁶ Art. 414 (Persone che devono essere interdette) - Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti.

⁷ Art. 415 (Persone che possono essere inabilite) - Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato (417 e seguenti, 429). Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità (776), o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé e la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi.

⁸ Art. 404 (Amministrazione di sostegno) - La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.

di tutto interesse, apre al riguardo l'intervista semi-strutturata condotta con la *MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment*⁹), che esplorano i 4 domini poc'anzi ricordati, è certamente utile ma non deve e non può sostituire un giudizio che deve scaturire dall'osservazione della persona, dal colloquio ripetuto con la stessa e dall'ascolto che, più di tutti, è in grado di offrire straordinarie informazioni nella ricostruzione della personalità e dei "pesi" decisionali di ciascun individuo.

CONCLUSIONI

Nei paragrafi precedenti abbiamo articolato le nostre considerazioni in una prospettiva diversa, e probabilmente insolita, rispetto al modo tradizionale di affrontare il tema in esame, stimolati dalla necessità di ampliare - sviluppandola - la prospettiva clinica con il contributo offerto da altre scienze.

Provando a sviluppare, a questo punto, le nostre personali considerazioni, dobbiamo sottolineare che le poche indagini conoscitive condotte sul campo confermano, innanzitutto, che il presupposto della competenza decisionale dell'anziano viene ampiamente categorizzato dai professionisti della salute che ne colgono, prioritariamente ed in modo del tutto parziale, i soli contenuti di rilevanza giuridica a discapito di quelli, altrettanto indefettibili, di ordine etico-deontologico, che la caratterizzano in relazione al significato biografico della persona. Questo processo di categorizzazione appare del tutto evidente, ed è all'origine degli *steps* comportamentali distorsivi che si colgono nell'esperienza clinica (tra questi, il ricorso indiscriminato alla consulenza psichiatrica nel caso di dissenso formulato dal paziente anziano ad un determinato trattamento sanitario, lo scarso approfondimento della competenza decisionale nel caso opposto, l'idea che quest'ultima si identifica nella capacità giuridica e la certezza che qualsiasi deterioramento cognitivo la comprometta sempre e comunque) e che possiamo ricondurre ad un unico comune denominatore: l'intenzione, del tutto evidente, di stereotipizzare la relazione di cura riducendola, in buona sostanza, a categorie di chiara matrice giuridica che, nella loro generica astrattezza, non si confrontano con i diritti fonamen-

tali della persona garantiti dalla nostra Carta Costituzionale (artt. 2, 3, 13 e 32).

Se questo è lo *stereotipo*, ci dobbiamo chiedere quali sono le cause che hanno innescato i *biases* cognitivi che lo hanno originato (e che tendono, rigidamente, a (ri)-produrlo) e quali sono i possibili correttivi da porre in essere senza indugi.

Se è vero che le cause sono probabilmente molteplici, e che esiste la necessità di indagarle attraverso studi specifici, resta da chiedersi se lo *stereotipo* della *capacità di intendere e di volere* con cui viene oggi definita (e circoscritta) la competenza decisionale dell'anziano è un qualcosa che deve essere combattuto o se, al contrario, esso è un fenomeno naturale che va accettato e con il quale pacificamente convivere. La risposta a questa domanda non è scontata: personalmente siamo però propensi a ritenere che ogni *stereotipo* rappresenta una criticità che può diventare pregiudizio nella misura in cui i tratti che lo costituiscono si discostano dalla ragione originale che ha indotto il raggruppamento in categoria. In questa prospettiva, a noi pare che lo *stereotipo della capacità di intendere e di volere*, per come esso si è delineato nella pratica clinica, deve essere combattuto con forza e rigore: i *biases* cognitivi, vieppiù focalizzati sulle necessità contingenti di arginare il problema della responsabilità medica, hanno, infatti, finito con l'annullare la reale dimensione etica entro la quale il rapporto di cura si colloca, esprimendo la compiuta realizzazione dell'autonomia della persona umana e, contestualmente, il rapporto di prossimità e di solidarietà tra il professionista della salute e la medesima (Cembrani, 2004; Cembrani et al., 2006; Cembrani e Cembrani, 2006). Lo *stereotipo* giuridico della *capacità di intendere e di volere*, all'interno del quale si comprime il progetto biografico della persona, deve essere, come tale, contrastato, con strategie ad ampio raggio che la psicologia sociale ha individuato:

- nel *modello di tipo contabile* che postula la possibilità di modificare gli *stereotipi* attraverso un processo graduale conseguente all'accumulo di informazioni che lo contraddicono;
- nel *modello di conversione* grazie al quale il cambiamento si verifica immediatamente grazie all'impatto

⁹ Si tratta di un'intervista semi-strutturata di agevole somministrazione nella pratica clinica (20-30 m'), composta da 10 item (con punteggi da 0 a 2) che esplorano i 4 domini della competenza decisionale della persona in situazioni reali (non fittizie) che richiede, peraltro, specifici skills professionali (professionisti specificatamente formati) e che non considera nessun cut-off pre-determinato essendo un ausilio alla decisione.

MATERIALI DI LAVORO

di informazioni molto convincenti che contraddicono lo schema stereotipico tradizionale;

- nel *modello della sottotipizzazione* attraverso il quale si creano specifici sotto-gruppi della categoria al fine di modificare/eliminare lo *stereotipo*.

Pertanto, è poco probabile che il *modello di conversione* si possa realizzare nella realtà sociale essendo del tutto risaputo che, nel venire a contatto con informazioni discordanti con lo *stereotipo*, il soggetto umano è in grado di neutralizzare le incoerenze con una spiegazione razionale. Per questa ragione, nell'obiettivo dichiarato di modificare lo *stereotipo*, occorre che i comportamenti che lo contraddicono siano numerosi e ripetuti (le informazioni che lo smentiscono sono facilmente dimenticate e/o sono ricordate con maggiore difficoltà) ed occorre, altresì, identificare quali sono i sottotipi della categoria che, risultando anch'essi stabili, sono in grado di contraddire la credenza stereotipica: l'attenzione, a quest'ultimo riguardo, dovrebbe più opportunamente focalizzarsi sui rapporti tra etica, deontologia e diritto, sul processo comunicativo, sugli *skills* di ascolto e sui diversi *domini* della competenza decisionale con l'obiettivo di responsabilizzare i professionisti della salute, di contrastare le visioni difensiviste che oggi caratterizzano, purtroppo, il porsi professionale e di sviluppare, contestualmente, le capacità umane e relazionali del medico per contraddire - di fatto - la stereotipia.

La necessità che si impone è, dunque, quella di un raccordo inter-professionale ed inter-culturale che meglio sappia rappresentare la *competenza decisionale* della per-

sona: *competenza* che non può essere, riduttivamente, identificata nello *stereotipo* della *capacità di intendere e di volere* che si confronta sì, astrattamente, con il piano giuridico, ma senza però considerare il progetto biografico (e l'idea di dignità) della persona stessa.

BIBLIOGRAFIA

- Allport GW. La natura del pregiudizio, La Nuova Italia Editore, Firenze 1973.
- Cembrani F. Ancora in tema di informazione e di consenso all'atto medico: da autorizzazione formale a cultura della condivisione, *Ragusan* 2004;245-246:216 e seguenti.
- Cembrani F, Cembrani V. Consenso alle prestazioni sanitarie: la valutazione della capacità decisionale dell'anziano, *G Gerontol* 2008;296 e seguenti.
- Cembrani F, Cembrani V. L'informazione e la comunicazione in ambito medico: il paradigma (lo stereotipo) del "consenso informato". In: Del Vecchio S, Martelloni M, Martini M. Nuove esigenze e criticità della vita e della morte, Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2006.
- Cembrani F, Baldantoni E, Cembrani V. Il consenso in geriatria: un'utopia?, in Atti del 50° Congresso della Società italiana di Gerontologia e Geriatria, Firenze 9- 13 novembre 2005, Pacini Editore, Ospedaletto (Pisa) 2005.
- Cembrani F, Cembrani V, Rodriguez D. L'etica della autonomia della persona, *Professione, cultura e pratica del medico d'oggi* 2006;2:27 e seguenti.
- Ferrajoli L. Principia iuris. Teoria del diritto e della democrazia, Editori Laterza, Bari 2007.
- Lippmann W. L'opinione pubblica, Edizioni di Comunità, Milano 1963.
- Mazzara BM. Stereotipi e pregiudizi, Edizioni il Mulino, Bologna 1997.
- Petrini C. (a cura di) Il consenso informato al trattamento dei soggetti affetti da demenza: aspetti etici, deontologici e giuridici, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2008.
- Tajfel H. Cognitive aspects of prejudice, *Journal of Social Issues* 1969;25:79 e seguenti.
- Tajfel H. Gruppi umani e categorie sociali, Il Mulino Editore, Bologna 1981.
- Villano P. Pregiudizi e stereotipi, Carocci Editore, Roma 2003.

Nuove strategie rieducative per la persona con Parkinson

Valeria Salsi #*, Rita Romano #*, Renata Righetti #*, Manuela Grimoldi*, Mimma Pirrazzo*, Livio Bressan ^ e Antonino Frustaglia °

* Progetto Parkinson, Istituto Geriatrico "P. Redaelli" – Vimodrone (Mi)

° Direzione Medica, Istituto Geriatrico "P. Redaelli" Vimodrone (Mi)

^ U.O Neurologia, Ospedale Bassini – ICP (Mi)

Associazione Culturale Trasmuda e Dintorni

INTRODUZIONE

La malattia di Parkinson, che colpisce oltre 220.000 persone in Italia è una patologia neurologica caratterizzata da tremore a riposo, bradicinesia e perdita dei riflessi posturali che determina, nel corso della sua evoluzione, la perdita progressiva delle performances attitudinali del malato fino all'immobilità.

Poiché la terapia farmacologica e le tecniche neurochirurgiche non sono sufficienti per curare adeguatamente tali malati, uguale importanza deve essere conferita alle terapie non farmacologiche, in particolare all'approccio riabilitativo globale, basato su di un approccio multidisciplinare finalizzato al miglioramento della qualità di vita delle persone con Parkinson e dei loro familiari (Bressan 1998).

I FONDAMENTI TEORICI DEL NUOVO METODO DI INTERVENTO INTEGRATO

Il fondamento su cui si struttura l'intero intervento riabilitativo delle persone con Parkinson ricoverate presso l'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone, è la capacità degli operatori di entrare in relazione con ogni singolo paziente che viene inserito nel gruppo a cui è rivolto l'intervento di rieducazione motoria cognitiva, esistenziale e spirituale, attraverso stimoli musicali e/o grafici pittorici o di espressione corporea.

Stare in relazione con questi pazienti, significa primariamente essere disponibili ad accogliere ogni persona nel-

la sua unicità e complessità per creare in ognuno la disponibilità ad accettare l'invito a partecipare attivamente alle diverse stimolazioni.

Ogni soggetto è quindi considerato nella sua globalità, come individuo con proprie problematiche, ritmi, desideri, emozioni, vissuti e non come un insieme di manifestazioni sintomatiche derivanti dal Parkinson e che, in alcuni casi, sono aggravati dalla demenza.

Per gli operatori, essere in grado di sperimentare questo tipo di accoglienza significa trattare il dolore per creare dei legami che garantiscono l'iniziale libertà dei pazienti di esprimere se stessi, creando, nella tranquillità, le premesse per iniziare insieme un percorso di riabilitazione complementare che parta dalla disponibilità di entrambi a condividere con gli altri membri del gruppo esperienze significative.

Accompagnare l'ospite in seduta è per gli operatori, l'inizio dell'intervento poiché rappresenta un momento privilegiato dell'incontro; ogni accompagnamento ha una storia propria, caratteristiche proprie e proprie dinamiche. Ogni incontro è unico, irripetibile e diversamente complesso perché diversa è la persona che abbiamo di fronte. La peculiarità di ogni singola esperienza di vita, le vicende personali, i vissuti, i sentimenti, le emozioni e i dolori determinano la necessità, da parte dell'operatore, di ascoltare il racconto che ogni paziente dona di sé, spesso anche attraverso le parole non dette e i lunghi silenzi, di accogliere il suo sentirsi fragile, insicuro e ancora capace di fiducia. Le capacità relazionali degli operatori hanno un ruolo decisivo nei momenti in cui lo sconforto e la desolazione sembrano precludere ogni tipo di coinvolgimento. Rappresentano l'unico strumento con

ESPERIENZE

cui aprire un varco in questa barriera di isolamento e di difesa per aiutare la persona e sentire che vale ancora la pena di impegnarsi con e per la propria vita, e che il grande valore di ognuno è riconosciuto e viene ritenuto importante da ogni componente del gruppo.

L'obiettivo non è quello di imporre l'adesione e la partecipazione ad un programma precostituito, ma è quello di dare la possibilità ad ognuno di poter scegliere di essere ancora protagonista della propria esistenza e di essere sostenuto nell'individuare un nuovo ruolo in cui riconoscersi e apprezzarsi nonostante i limiti che la malattia impone.

LE NUOVE STRATEGIE RIEDUCATIVE

Di seguito, brevemente, sono descritte le attività rieducative complementari, recentemente attivate presso l'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone a favore dei propri Ospiti.

Rieducazione Cognitivo-Emotiva attraverso Tecniche Artistiche

Il 30% delle persone con Parkinson sviluppa una "sindrome dementigena" con deficit della memoria, disturbi dell'attenzione e delle funzioni esecutive, nonché depressione dell'umore. La **rieducazione emotiva** con l'**arte** è finalizzata al riequilibrio dell'ansia legata alla malattia cronica degenerativa e del tono dell'umore, notoriamente deflesso nel malato di Parkinson. La **rieducazione cognitiva** con l'**arte**, attraverso la simulazione di situazioni di vita quotidiana, è finalizzata allo stimolo della memoria di fissazione e di rievocazione, nonché al riorientamento nei parametri spazio-temporali, col fine ultimo di recuperare la capacità degli atti comuni giornalieri e la cura di sé. Questo metodo prevede l'utilizzo della tecnica dell'acquerello su carta bagnata per rendere più scorrevole il gesto, la tecnica del collage per favorire la precisione del gesto nonché l'elaborazione di oggetti con molteplici materiali (creta, pongo, pasta di sale).

Gli incontri sono settimanali, sono guidati da un'arte terapeuta ed hanno una durata di circa 60 minuti. Il gruppo dei pazienti è accolto nel setting terapeutico, organizzato e attrezzato in modo accogliente con un'ampia gamma di materiali per lo svolgimento delle attività. Esse hanno come obiettivi principali sia il recupero della motilità fine della mano, spesso compromessa dalla malattia, sia promuovere un maggiore benessere psico-emotivo e un maggiore scambio relazionale attraverso

un linguaggio non verbale in cui i materiali diventano "strumenti terapeutici". Il lavoro in gruppo, inoltre, aiuta i pazienti ad uscire dall'isolamento e a combattere la depressione. I pazienti creano le loro "opere" da soli o in gruppo. Al termine della seduta, viene richiesto loro di dare un titolo al lavoro svolto. Questo facilita la ricostruzione di storie personali e la comunicazione dei vissuti emotivi, che vengono condivisi in gruppo, favorendo la relazione.

La rieducazione motoria attraverso la musica (Bressan 2006)

Questo settore rieducativo ha come scopo il recupero delle persone con Parkinson alle attività giornaliere e alla cura di sé cercando di ottimizzare le loro capacità motorie residue. Gli esercizi hanno lo scopo di facilitare la buona *destrezza manuale* e un discreto *coordinamento motorio*. La **rieducazione motoria** con **stimoli ritmico-musicali** (Bressan, 2002) è finalizzata allo stimolo dei riflessi posturali e dell'armonia nel movimento nei pazienti con marcata bradicinesia. In particolare, attraverso *esercizi mirati* associati al ritmo come pre-requisito essenziale per promuovere la "decisionalità motoria", si vuole stimolare la capacità ad iniziare un movimento, di programmare un gesto ed eseguire strategie motorie sequenziali. La **rieducazione cognitiva** con **stimoli sonoro-musicali** è altresì finalizzata al potenziamento della memoria e al recupero dei deficit cognitivi attraverso il canale di informazione acustico.

Nel corso di ogni incontro, a cadenza settimanale e della durata di un'ora circa, vengono proposti alcuni movimenti corporei specifici, diversi a seconda dell'obiettivo accompagnati da musiche appositamente selezionate.

Il programma di rieducazione motoria attraverso **stimoli ritmico musicali** (ritmoterapia) e rieducazione cognitiva con stimoli sonori musicali è stata recentemente ampliata con l'inserimento della Danzaterapia secondo il metodo TRASMUDA (acronimo di Trasformazione, Arti, Spiritualità, MUDra e DANza) ideata dalla dr.ssa Renata Righetti (Righetti, 2005). TRASMUDA si differenzia dagli altri metodi espressivi corporei per la precisione con cui "legge" e attiva i processi energetici sul piano organico, emozionale e spirituale del paziente. Attraverso il movimento indotto da una musica specifica il malato di Parkinson può attingere a risorse inaccessibili nel quotidiano e riprende a percepire il proprio corpo con fiducia aprendosi a se stesso e agli altri. L'apertura verso gli altri e l'incontro col proprio mondo interiore lentamente espandono i confini dell'angusta realtà della malattia.

e dei suoi limiti. Si aprono nuovi orizzonti esistenziali che comprendono la dimensione spirituale e il rapporto del malato con la malattia e con la riabilitazione acquistano speranza e senso. Attraverso un lavoro con la danza TRASMUDA, il malato di Parkinson può imparare gradatamente nuove strategie per gestire momenti di blocco o di crisi ed uscirne più velocemente. Per concludere, nella dimensione dialogica del lavoro di movimento con la musica, gli operatori, e talvolta il gruppo, fungono da specchio del soggetto (attivazione proprio dei neuroni specchio), determinando una comunicazione circolare, che restituisce all'individuo un'immagine più strutturata ed ampliata di se stesso, con conseguente miglioramento dei processi di autostima (Albanese e Peserico, 2008).

Rieducazione della Voce attraverso la "Cantoterapia"

I disturbi fonoarticolatori nelle persone con Parkinson portano tali malati a limitare le loro relazioni e a delegare ad altri lo svolgimento dei doveri quotidiani che richiedono l'uso della parola. Ciò può condurre ad ulteriore depressione ed isolamento. La rieducazione della voce "attraverso il canto" ha il fine di ottenere un miglioramento del volume della voce, della prosodia, della chiarezza dell'articolazione e dell'espressione facciale con positive ripercussioni sulla vita relazionale e sociale poiché privilegia l'aspetto socializzante, l'integrazione nell'ambiente, l'espressione dei sentimenti e la consapevolezza di sé. All'interno del lavoro indirizzato al Gruppo Parkinson del Istituto P. Redaelli di Vimodrone, è stato inserito uno spazio per la "rieducazione artrofonatoria" con l'utilizzo del canto e del ritmo con lo scopo principale di riattivare l'apparato buccomasticatorio ed artrofonatorio. Attraverso mini lezioni collettive si cerca di favorire la produzione di vocalizzazioni in diversi atteggiamenti posturali del capo con il fine di favorire una chiara articolazione sia delle parole cantate che di quelle parlate. Oltre agli esercizi artrofonatori vengono effettuati esercizi di mimica per modulare l'espressione del viso del paziente. L'esecuzione degli esercizi è scandita da stimoli ritmici. Queste attività svolte collettivamente stanno creando, nel tempo, veri e propri "incontri ludici", tra i partecipanti.

LA COMUNICAZIONE EMOTIVA NEL CORSO DELLE SEDUTE

Nel lavoro svolto con i pazienti la comunicazione occu-

pa un ruolo centrale. Ogni attimo è dialogo e scambio, e questo permette all'operatore attento di personalizzare e di monitorare costantemente le proposte di lavoro affinché siano il più corrispondenti possibile al bisogno di ogni membro del gruppo.Cogliere questo bisogno, valorizzare la ricchezza che deriva dalla diversità di ognuno, e la sua qualità di essere unico e irripetibile, sono elementi che accompagnano la persona ad investire nelle varie attività, e quindi contribuiscono a rendere ancora più efficaci le tecniche proposte.

L'ammalato infatti, non sceglie l'attività a priori, ma sceglie l'operatore che lo accompagna: solo così trova il coraggio di lasciare la propria routine e le proprie sicurezze e di aprirsi al nuovo dandosi la possibilità di essere ancora propositivo e creativo.

Un altro momento molto delicato che ogni operatore dell'équipe è invitato a curare in maniera particolare è quello del saluto e dell'accompagnamento dell'ospite alla sua quotidianità che, spesso, è ricolma di solitudine e sofferenza. Questo momento è particolarmente importante perché si diviene depositari delle emozioni, delle fatiche vissute, delle reazioni agli stimoli ricevuti, ed è anche il momento in cui si costruisce con l'ospite l'attesa del successivo incontro, creando un "ponte" tra passato, presente e futuro che può essere ancora pensato come fonte di piacevolezza, di aspettative e di progetti.

Entrare in relazione significa avere il coraggio di creare legami significativi e di "appartenere" all'altro senza cercare di modificarlo; significa essere disponibile a mettersi in gioco e a lasciarsi trasformare nel cammino di riscoperta di se stessi insieme (Greenspan et al., 1997).

CONCLUSIONI

Nella riabilitazione del malato di Parkinson, l'Arte, la Danza e la Musica possono diventare strategie rieducative che non si rivolgono in modo aggiuntivo o parallelo alle altre, ma devono essere con esse strettamente integrate. Il miglioramento del comportamento sociale del malato, e la riduzione del disagio nei confronti della propria malattia sono aspetti che abbiamo rilevato già dopo poche sedute con stimoli grafico-pittorici e ritmico-musicali. I malati, durante questi incontri, tendono ad uscire dall'isolamento nel quale sono stati confinati a causa della loro malattia e si mettono a confronto interagendo sia con gli operatori che con gli altri pazienti del gruppo.

BIBLIOGRAFIA

Albanese O, Peserico M (a cura di). Educare alle emozioni con le arti terapie o le tecniche espressive, Edizioni Junior 2008

Bressan L. La stimolazione sensoriale, visiva e acustica nel demente grave. La Rivista Italiana di Cure Palliative, 2006.

Bressan L. Riabilitazione neuromotoria ritmica, un nuovo metodo rieducati-

vo per il malato di Parkinson, Rivista La Cà Granda, 2002.

Bressan L. Malattia di Parkinson: progetto per una migliore qualità di vita. Il Bassini 1998;8:13-8.

Greenspan SL, Biavasco A, Guani V. L'intelligenza del cuore. Le emozioni e lo sviluppo della mente, Mondadori, Milano 1997.

Righetti R. TRASMUDA, Danza, mudra e benessere. Edizioni Xenia, Milano, 2005.

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



CIC Edizioni Internazionali

Non esiste una riabilitazione per l'autonomia, è l'autonomia che riabilita

Pietro Vigorelli

Gruppo Anchise, Milano

IL CAMMINO CHE ABBIAMO PERCORSO

Sono passati oltre 40 anni da quando l'autonomia è stata assunta come parametro per valutare i bisogni della persona anziana e per formulare i piani di assistenza individuale. La progressiva diffusione della scala di Barthel (Mahoney F.I., Barthel D.W., 1965) ha segnato una svolta: siamo passati dall'ottica assistenziale dei vecchi ospizi a quella più riabilitativa delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Le case di riposo e la vita delle persone che vi abitano sono molto cambiate, sicuramente in meglio, ma possiamo fare ulteriori passi avanti.

In questo articolo propongo uno spunto di dibattito che parte dai risultati raggiunti fin qui, per proseguire in modo innovativo; propongo una riflessione su come organizzare l'attività di assistenza e cura in vista del miglior grado di qualità di vita possibile per gli ospiti, tenendo conto delle possibilità individuali e dei limiti del contesto in cui ciascuno viene a trovarsi.

La Tabella 1 riassume l'evoluzione delle visioni di riferimento della residenzialità per l'anziano fragile, da quella assistenziale a quella riabilitativa, fino a quella capacitante, citando alcune questioni che verranno esaminate in dettaglio nel seguito dell'articolo. È ovvio che per evoluzione non si intende la negazione del passato, bensì un progressivo miglioramento che si basa sulle tappe precedenti e che le integra.

QUANDO L'AUTONOMIA SI RIDUCE

Abbiamo imparato a fare attenzione al grado di autonomia nell'alimentazione, negli spostamenti, nel vestirsi, nel controllo della defecazione e della minzione; ab-

biamo imparato a formulare dei piani assistenziali individuali che mirano ad aumentare il grado di autonomia quando questa risulta compromessa. Ci siamo abituati a rivalutare periodicamente il Barthel Index, e ad annotare se il grado di autonomia migliora o peggiora nel tempo.

Adesso vorrei soffermarmi a riflettere su quei casi in cui osserviamo che l'autonomia tende a ridursi senza che siano sopraggiunti eventi morbosi, come un ictus, che possano spiegare il fenomeno.

Ci sono persone che progressivamente riducono l'iniziativa verbale e quella motoria, che sembrano estraniarsi dall'ambiente, che diventano apatiche e che perdono ogni slancio vitale.

Sono persone che all'inizio non colpiscono l'attenzione degli operatori perché non disturbano, ma che nel volgere di qualche settimana diventano totalmente dipendenti e richiedono un'assistenza totale.

Questo fenomeno è ineluttabile? Dobbiamo accontentarci di annotarlo in cartella o dobbiamo interrogarci su come prevenirlo?

È noto che il fenomeno è più frequente nelle RSA che al domicilio, quindi dobbiamo cercare una spiegazione e una strategia preventiva che abbiano a che vedere con la situazione di istituzionalizzazione.

Quando osserviamo che un anziano progressivamente si spegne senza un'evidente causa clinica, dobbiamo cercare la causa altrove, cioè nell'ambiente e in particolare nelle relazioni interpersonali che costellano ogni momento della sua vita quotidiana.

Dobbiamo interrogarci su di noi, sulle scelte che facciamo. Dobbiamo chiederci che cosa vogliamo osservare, quali obiettivi ci poniamo, quali programmi formuliamo e quali comportamenti mettiamo in atto per realizzarli.

Tabella I

L'evoluzione della residenzialità per l'anziano fragile			
<i>Tempi</i>	Il passato	Il presente	Una proposta
<i>Visione di riferimento</i>	Assistenziale	Riabilitativa	Capacitante
<i>Sede</i>	Ospizi	RSA	RSA
<i>Scopo</i>	Sopravvivenza in condizioni dignitose	Autonomia (intesa come fine)	Felicità possibile (l'autonomia è intesa come mezzo)
<i>Focus</i>	Condizioni igieniche e sanitarie	Funzionalità	Competenze Elementari

Nei paragrafi che seguono propongo alcune riflessioni sulle persone che vivono nelle RSA e sul ruolo che attribuiamo alla loro autonomia.

DI QUALI PERSONE CI OCCUPIAMO?

Un tempo li chiamavamo ricoverati o pazienti, poi abbiamo cambiato cultura e linguaggio e abbiamo imparato a chiamarli ospiti. È stato un importante passo avanti, ma non è ancora sufficiente. Con la parola *ospite* si sottolinea che li accogliamo benevolmente e che desideriamo rendere il soggiorno in RSA confortevole, tuttavia si sottolinea anche il fatto che la persona in questione, che ha dovuto distaccarsi dalla propria casa e dai propri affetti, non ha trovato *un luogo* che sia suo, come la casa, in cui poter continuare a vivere secondo i suoi gusti e il suo sistema di valori.

Il non trovare un luogo in cui poter vivere secondo il proprio sistema di valori è alla base della perdita dello slancio vitale, della motivazione a vivere. Infatti osserviamo spesso che la perdita dell'autosufficienza può avvenire anche in assenza di danni fisici (*impairment*) o in presenza di danni di lieve entità che non sono sufficienti per spiegare la disabilità che si osserva (*excess of disability*).

DI QUALE AUTONOMIA CI OCCUPIAMO?

Ci sono persone che non vogliono partecipare alle attività di animazione o alla fisioterapia, che non vogliono più nutrirsi o che si oppongono a ogni proposta che viene fatta. Talvolta vengono definiti come *non collaboranti*, oppositivi, depressi. I vari interventi di stimolazione e di riabilitazione risultano inefficaci. Il soggetto ipocinetico e apatico, nonostante tutta la nostra attenzione e buona volontà, resta ipocinetico e apatico.

È stato individuato un problema, *l'apatia con sindrome ipocinetica*, e sono state cercate delle risposte, come *la stimolazione* e *la riabilitazione*. Eppure spesso constatiamo che gli interventi programmati non raggiungono il risultato desiderato. Perché?

Da alcuni anni mi sto interrogando su questo fenomeno e sto cercando la spiegazione del fallimento per trovare interventi diversi e più efficaci.

Ho cominciato a scriverne in un precedente articolo su questa rivista (Vigorelli P, 2006) nel quale proponevo *la Capacitazione* come metodologia di *empowerment* nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer; poi ho ripreso l'argomento in vari altri scritti (Vigorelli P, 2007a; Vigorelli P, 2008). A distanza di quattro anni mi sono reso conto che quanto ho imparato nella cura

delle persone malate di Alzheimer è utile, più in generale, per comprendere il problema dell'apatia nelle persone che vivono nelle RSA, anche in assenza di deficit cognitivi (Vigorelli P, Peduzzi A, 2002; Vigorelli P, 2007b).

LA CAPACITAZIONE

La Capacitazione è una tecnica d'intervento che ha per obiettivo creare le condizioni per cui il soggetto possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore. Il suo scopo è la felicità del paziente, prescindendo dalla correttezza dell'azio-

ne da svolgere. Nella pratica riabilitativa la Capacitazione viene prima dell'intervento riabilitativo vero e proprio e favorisce l'alleanza terapeutica col terapeuta. Solo in un tempo successivo accompagna l'intervento riabilitativo mentre si svolge, evita la frustrazione per gli insuccessi e rende possibile e piacevole il proseguimento stesso della riabilitazione. La Capacitazione si basa sul riconoscimento delle competenze elementari dell'anziano fragile (v. oltre, all'ultimo paragrafo) e presenta alcune analogie (e differenze) con i metodi già proposti per l'assistenza alle persone con deficit cognitivi, come la *Gentlecare* di Moyra Jones (Jones M, 1999) e la *Validation* di Naomi Feil (Feil N, 2003) (Tabella 2).

Tabella 2

Tabella sinottica di tre metodi			
	<i>Validation</i>	<i>Gentlecare</i>	<i>Capacitazione</i>
<i>Destinatari</i>	Grandi anziani disorientati (e persone con demenza)	Malati Alzheimer (e con altre forme di demenza)	Anziani fragili (con o senza deficit cognitivi)
<i>Focus</i>	Emozioni	Deficit da compensare	Competenze elementari
<i>Metodo</i>	Accettare le persone per quello che sono; comprendere le ragioni che stanno dietro ai comportamenti	Compensare i deficit creati dalla demenza mediante un adeguamento del personale, dei programmi e degli spazi	Riconoscere e tener vive le competenze elementari (competenza emotiva, a parlare e comunicare, a contrattare e decidere)
<i>Approccio</i>	Validante	Protesico	Capacitante
<i>Scopo</i>	Aiuta i grandi anziani disorientati a raggiungere i propri obiettivi, non i nostri	Il benessere, inteso come miglior livello funzionale possibile in assenza di stress	La felicità possibile, indipendentemente dai risultati funzionali
<i>Tempi</i>	Ambiente validante (24/24 h) e sessioni specifiche	Ambiente protesico (24/24 h) e programmi specifici	Ambiente capacitante (24/24 h) e interventi capacitanti durante le attività di vita quotidiana, di assistenza e cura, di animazione e riabilitazione

L'AUTONOMIA COME FINE E COME MEZZO

Consideriamo per esempio quello che succede quando programiamo un intervento di animazione o di riabilitazione. Lo facciamo in base all'analisi dei bisogni della persona in questione e l'obiettivo consiste nel far sì che questa possa stare meglio e raggiungere un maggior grado di autonomia. Consideriamo cioè l'autonomia della persona come *un fine* da raggiungere.

Questo intendimento, apparentemente così salutare, porta dentro di sé il germe del fallimento.

Secondo questo punto di vista, l'autonomia non appartiene al soggetto, ma è considerata l'obiettivo di un programma riabilitativo da somministrare al soggetto stesso, come se fosse un farmaco. Si somministra la riabilitazione per ottenere l'autonomia, come si somministra l'antibiotico per debellare un'infezione.

La mia proposta è diversa e consiste nel considerare l'autonomia della persona come *un mezzo*, non come un fine. Dobbiamo cioè imparare a *cogliere l'autonomia della persona con cui interagiamo nel momento e nei modi in cui essa si manifesta*. Solo partendo da questa osservazione, in un tempo immediatamente successivo, possiamo progettare un intervento efficace. Considerare l'autonomia come un mezzo significa accettare la libera espressione del soggetto; significa *partire* dalla sua autonomia, in ogni momento in cui si esprime, fin dal primo contatto nel momento dell'accoglienza in struttura, poi fin dal primo saluto all'inizio di ogni giornata.

Il primo compito dell'operatore non è di riabilitare l'anziano all'autonomia, ma è di *riconoscere l'autonomia che lui ha già*, così come la esprime.

In questa ottica, l'atteggiamento oppositivo che talvolta osserviamo e che vorremmo contrastare è considerato come l'ultima espressione dell'autonomia di chi si trova in una situazione in cui l'autonomia, quando si manifesta, viene ignorata o ostacolata.

Talvolta l'anziano non ha scelto se ricoverarsi o dove ricoverarsi, dal momento in cui entra in istituzione non può neanche scegliere quando alzarsi dal letto e quando mangiare. Si trova improvvisamente immerso in un ambiente che funziona secondo regole che lui non conosce e a cui cerca di adattarsi. In molti casi incontra persone che sanno già quali sono i suoi bisogni, le sue abitudini e i suoi desideri in base a un'accurata anamnesi raccolta dal parente-caregiver, senza valorizzare quello che *lui stesso* potrebbe dire.

Purtroppo la realtà che viene a costituirsi, nel preciso istante in cui l'anziano varca la soglia della RSA, è che, da quel momento, non può più vivere secondo le proprie abitudini e il proprio stile di vita. La perdita dello slancio vitale nasce da questo. Infatti ogni uomo vuole vivere *la propria vita* in un suo modo personale. Se glielo impediamo, la persona si spegne; se invece glielo permettiamo, la persona resta vitale e autonoma, così come le sue condizioni di salute e di cognitività glielo consentono.

Passare dal concetto di autonomia come *fine* a quello di autonomia come *mezzo* significa questo.

Il nostro compito è di fare in modo che la persona che entra in RSA possa manifestare se stessa in ogni momento *così come vuole*, compatibilmente con i limiti imposti dalla vita in comunità. Questi limiti li abbiamo costruiti troppo stretti e il lavoro che ci attende nei prossimi anni è di spostarli più in avanti, per lasciare più spazio alle persone che cercano nella RSA il luogo in cui vivere, perché possano vivere felicemente nonostante le limitazioni e le malattie che accompagnano l'età avanzata.

COME FARE?

Il concetto di Capacitazione cui ho accennato all'inizio può diventare l'idea guida del nostro operare e l'approccio capacitante è l'atteggiamento che ci permette di riconoscere, di accettare e di valorizzare l'autonomia della persona anziana che vive in RSA.

L'approccio capacitante focalizza l'attenzione sulla persona più che sulla funzione, sulla motivazione più che sul risultato, sull'accogliere l'iniziativa quando si manifesta piuttosto che sulla stimolazione.

LA PROPOSTA

La proposta di questo articolo consiste nel *riconoscere l'autonomia dell'anziano fragile*, piuttosto che nel promuoverla; nel considerare la sua autonomia come un mezzo su cui far leva per i programmi di riabilitazione, piuttosto che come il fine della riabilitazione stessa.

Secondo questa impostazione:

- la persona che vive in RSA deve avere la possibilità di parlare e di comunicare così come è in grado di farlo, deve sentirsi ascoltata e deve rendersi conto che quello che dice e che comunica influisce davvero sull'ambiente in cui vive;

- la persona che vive in RSA deve poter esprimere le proprie emozioni e i propri sentimenti così come li prova. Solo la persona stessa conosce i propri sentimenti e le loro motivazioni. Noi non possiamo giudicarli adeguati o inadeguati. I sentimenti sono sempre adeguati per chi li prova. Possiamo solo prenderne atto e riconoscerli, sia i sentimenti positivi di gioia e di fiducia sia quelli negativi di paura, di rabbia e di tristezza;
- la persona che vive in RSA deve poter contrattare, deve poter “dire la sua” e decidere sulle cose che lo riguardano. È vero che l’anziano, così come ogni altra persona, deve adattarsi alle regole della comunità, ma è anche vero che un’istituzione che riconosca la propria *mission* nell’offrire una buona qualità di vita all’anziano deve muoversi nel senso del riconoscimento dell’autonomia dell’anziano lì dove si manifesta, quando si manifesta, così come si manifesta. La strada è lunga, ma credo che valga la pena di andare avanti in questa direzione.

IL COMPITO DEGLI OPERATORI

L’osservazione e l’ascolto sono strumenti professionali importanti. L’operatore deve imparare ad osservare e ad ascoltare le persone che *incontra* in RSA durante il giorno. Dal punto di vista dell’operatore si tratta di incontri finalizzati all’attività di assistenza e cura, dal punto di vista della persona assistita si tratta semplicemen-

te di incontri che punteggiano la sua giornata. La persona ha bisogno di potersi esprimere in ciascuno di questi momenti e non solo in particolari sessioni dedicate alla stimolazione o all’animazione.

Il nostro compito, come operatori, consiste nel favorire l’espressione della sua competenza a comunicare e a parlare, della sua competenza emotiva e della sua competenza a contrattare e a decidere, in ogni momento della giornata, in occasione di tutti gli incontri, casuali o programmati.

Forse dobbiamo programmare di meno e ascoltare di più.

BIBLIOGRAFIA

- Feil N. (2003): Validation. Il metodo Feil. Ed. it. a cura di V. de Klerk-Rubin. Minerva Edizioni.
- Jones M. (1999): Gentlecare. Changing the experience of Alzheimer’s disease in a positive way. Moyra Jones Resources Ltd. Ed. It. A cura di L. Bartorelli (2005): Gentlecare. Un modello positivo per l’assistenza. Carocci, Roma.
- Mahoney F.I., Barthel D.W. (1965), Functional evaluation: the Barthel index. *Md. State Med. J.*, 14 (2), 61-65.
- Vigorelli P. (2006): La Capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer: I luoghi della cura, 4, 15-18.
- Vigorelli P. (2007a): Dalla Riabilitazione alla Capacitazione: un cambiamento di obiettivo e di metodo nella cura dell’anziano con deficit cognitivi. *Geriatrics*, 4, 31-37.
- Vigorelli P. (2007b): La Capacitazione: un’idea forte per la cura della persona anziana ricoverata in RSA. *G.Geront.* 55:104-109; 2007.
- Vigorelli P. (2008): *Alzheimer senza paura*. Rizzoli, Milano.
- Vigorelli P., Peduzzi A. (2002): Un metodo per prevenire il decadimento dell’anziano fragile ricoverato. *Geriatric & medical intelligence*. 1, 41-48.

La società della conoscenza non invecchia. Ovvero: è sempre l'età giusta per imparare!

Elisabetta Donati

Università degli Studi di Torino

L'allungamento delle speranze di vita è un mutamento che sta mostrando aspetti imprevisti della realtà. È un processo che si sta compiendo, dal punto di vista demografico, in modo rapido e diffuso, mentre le attività di innovazione sociale, organizzativa ed economica appaiono ancora incerte ad affiancarne il passo.

Che conseguenze possiamo trarre del fatto che l'invecchiamento dura tutta la vita e modifica tutte le sequenze, comprime alcune fasi, ne dilata altre, o addirittura le rallenta? Che le abilità di cui disponiamo nelle età avanzate hanno la loro genesi nelle età più giovani? E che ad invecchiare non sono solo gli individui ma anche le società?

Sono finestre aperte per l'esercizio della nostra immaginazione.

TRE TAPPE DI RISPOSTA AL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO

La parola invecchiamento contiene traccia delle diverse prospettive (Abburà e Donati, 2004) da cui si è guardato all'aumento delle speranze di vita, ed il termine *ageing* indica bene il processo di modificazione delle età che coinvolge tutte le fasi della vita.

La constatazione che la popolazione mondiale ha conosciuto nel recente passato, e continuerà per tutto il secolo, una inarrestabile transizione da una situazione di alta natalità ed elevata mortalità, a un'altra caratterizza-

ta da bassi indici di fecondità e di mortalità, si è annunciata come un "inquietante miglioramento". Le maggiori preoccupazioni sono emerse intorno agli anni '80, nel settore previdenziale e della sanità, del mercato del lavoro, nello specifico aspetto dell'invecchiamento della manodopera.

Se questa tappa dell'allarmismo¹ si è distinta come stagione delle risposte onerose, urgenti ma parziali, basate su meccanismi definiti "passivi" (cioè non basati sul recupero delle potenzialità di partecipazione attiva come i massicci flussi di prepensionamenti in certi settori industriali), le conseguenze messe in moto dagli interventi istituzionali hanno favorito il sopraggiungere di una seconda fase che assume l'idea di un *ageing society*. Ovvero, gli sforzi degli stati devono sostenere la capacità delle persone di condurre una vita attiva, dentro e fuori il mercato del lavoro e contrastare gli effetti delle discriminazioni basate sull'età in tutte le sue forme. Come? Adottando politiche per: 1) favorire eguaglianza di opportunità e di trattamento dei lavoratori di tutte le età, 2) promuovere il *lifelong learning* come processo educativo nel corso di tutta la vita, 3) superare la rigida separazione fra una fase centrale della vita impegnata dal lavoro e una terza dedicata al tempo libero e proporre una scansione più flessibile di lavoro, tempo libero, apprendimento e responsabilità di cura.

Mentre la maggioranza dei Paesi del mondo occidentale sta tuttora faticosamente delineando i complessi processi di riforma necessari per adottare, a tutti i livelli delle politiche, questi nuovi orientamenti, l'Onu, in occasio-

¹ Le tappe, individuate dai ricercatori, pur non presentandosi secondo un ordine strettamente cronologico, rappresentano differenti modi di interpretare e di reagire al processo di invecchiamento.

ne dell'anno internazionale dell'anziano (2000), ha dato avvio ad un'ulteriore evoluzione nella lettura dell'invecchiamento della popolazione mondiale, con uno slogan "una società per tutte le età".

Con la terza tappa, società che invecchia diventa sinonimo di società multi generazionale, secondo la quale: "le diverse generazioni investono una nell'altra e condividono i frutti di tale investimento, guidate dai principi della reciprocità e dell'equità".²

Secondo l'Onu i cambiamenti delle età diventano occasioni per ripensare a tutte le età, con due assunti di fondo:

- i destinatari principali per le politiche rivolte alle età anziane sono i giovani;
- occorre rendere compatibili situazioni o scelte che una volta erano considerate inconciliabili, quali lavoro e pensione, lavoro e responsabilità di cura, autonomia e dipendenza, forza e vulnerabilità.

In sintesi, le politiche devono guardare all'età non come questione separata rispetto a temi quali l'integrazione sociale, la parità di genere, la stabilità economica o i rischi di povertà; inoltre devono tendere a rafforzare il pacchetto di conoscenza degli individui in termini di "*learning to know, learning to do, learning to live together*" (Delors, 1996), come esperienza e saggezza che si forma in tutte le fasi della vita.

APPUNTI DA UN PERCORSO DI RICERCA-AZIONE

Invecchiamento sociale e sviluppo della società della conoscenza possono assumere una straordinaria evenienza di compatibilità, e portare scompiglio in quelle idee sulla vecchiaia come impedimento all'innovazione che ci hanno afflitto fino ad oggi.

Una recente ricerca promossa dalla Fondazione Asm di Brescia³ ha provato a riflettere su questi temi, lanciando una sfida a diversi interlocutori del territorio: come contemperare il governo di una comunità con lo sviluppo delle conoscenze delle persone, attraverso l'educazione degli adulti.

La questione è di ampio respiro ed investe la cittadinan-

za attiva dal momento che la conoscenza costituisce non solo un valore in sé per la vita delle persone e l'esercizio dei loro diritti, ma può divenire moltiplicatore della responsabilità civica.

Riferendosi all'ampia letteratura internazionale e nazionale, ha posto all'attenzione di rappresentanti del mondo del volontariato, del mondo del lavoro, della formazione per gli adulti, dell'ente locale temi che delineano il mutamento culturale di sfondo. Tre in particolare:

1- "*Imparare-apprendere*" è insieme una necessità ed una scelta per tutti

Una necessità data dalla quantità di informazioni e dalla velocità dei mutamenti che ci circondano, per non essere esclusi dal cambiamento, ma anche una scelta per vivere con la propria testa, mettendosi in gioco e non avendo paura di pensare (Balbo, 2008).

Imparare non è solo andare a scuola, e non è solo il sapere formalizzato nei titoli di studio, ma la capacità di vivere ogni esperienza come una opportunità di apprendimento, per conoscere meglio se stessi e gli altri nel mentre si è impegnati nel lavoro, nella cura, nel tempo libero, nello studio.

2- *Il tempo quotidiano è tempo di apprendimento*

Nonostante sperimentiamo una gestione del tempo sempre più affannosa e complicata, nella fretta della quotidianità acquistano visibilità azioni di continuo apprendimento dalle esperienze e di elaborazione dei propri piani di vita. Nel tempo più fluido delle nostre esistenze tutto si mescola: si lavora e ci si aggiorna professionalmente, si crescono i figli e ci si prende cura dei genitori anziani, si frequentano le università della terza età e si fa volontariato in un continuum di esperienze che seguono un calendario per nulla codificabile. Si vive quel "*learning by doing*" che mobilita risorse e competenze.

3- *La cultura delle transizioni*

I calendari e le fasi della vita che articolavano il recente passato: la scuola da giovani, il lavoro da adulti, la pensione da anziani (che in realtà codificavano maggiormente le esperienze di vita degli uomini rispetto a quelle delle donne), hanno lasciato il posto a scansioni più fluide (identità e vita liquide come le definisce Bauman). I percorsi sono più aperti alla variabilità: le varie fasi della vita, infanzia, giovinezza, età adulta, vecchiaia si succedono come

² UN, Division for Society Policy and Development, Towards a Society for All Ages, www.un.org/esa/socdev/ageing, 2000.

³ Si tratta di una ricerca-intervento promossa dalla Fondazione Asm di Brescia in collaborazione con il Centro Servizi per il volontariato di Brescia dal titolo: "La società della conoscenza non invecchia. Imparare a fare, a conoscere, a vivere insieme in tutte le fasi della vita", avviata nel 2007 e conclusa nel 2009.

esito di processi di accumulo e di integrazione di esperienza. Ad esempio, si parla oggi di "transizioni" alla pensione e non solo di pensionamento per indicare processi di cambiamento che vengono maggiormente scelti, adattati dal singolo in relazione alle sue strategie di vita e a quelle che sono le circostanze esterne.

COME INTERCETTA QUESTI TEMI L'AGIRE DELLE ASSOCIAZIONI DATORIALI, DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI, DELLE REALTÀ DEL VOLONTARIATO, DEI CENTRI DI FORMAZIONE?

Continuare ad apprendere rappresenta un'opportunità ancora poco riconosciuta per favorire l'invecchiamento attivo e la disponibilità degli individui ad investire le loro capacità per capire meglio, per esercitare i propri diritti, per partecipare, e questo mentre invecchiano. Pur nella ricca articolazione di presenze e di attività di produzione di benessere nella comunità bresciana, il mondo del volontariato stenta ad intercettare le domande di protagonismo e di utilità sociale dei nuovi pensionati e pensionate. Identificato come un ambito per investimenti di carattere solidale, ma rappresentato soprattutto come un modo per occupare il tempo libero delle persone mature, il volontariato non riesce a trarre vantaggio dalle mutate e arricchite risorse dei soggetti adulti, in termini di migliori credenziali formative, di pregresse esperienze lavorative, di consolidate risorse economiche, di buone condizioni di salute. È come se la conoscenza non fosse ancora veicolata come un valore che qualifica la scelta dell'impegno di chi fa volontariato. Il mondo del lavoro registra diverse criticità connesse all'invecchiamento della manodopera. Gli occupati e le occupate più adulti hanno conosciuto in questi decenni le profonde trasformazioni del sistema produttivo: molti fra loro si sono trovati direttamente coinvolti nei processi di riorganizzazione industriale che hanno modificato ritmi, qualità e contenuti delle mansioni. Hanno mediamente imparato molto pur essendo in genere esclusi dalle politiche di formazione. Nello stesso tempo vi sono op-

portunità non ancora adeguatamente utilizzate, come i Fondi paritetici Interprofessionali⁴.

Interpellando i soggetti che erogano corsi per gli adulti (enti locali, scuole, associazioni, ecc.) si nota che la ricchezza dell'offerta non è valorizzata da un esplicito orientamento di educazione permanente. Manca una cultura delle transizioni che dia valore ai passaggi evolutivi degli individui nel corso della loro esistenza: le transizioni nel lavoro, da lavoro a pensione, nella vita personale e familiare, nelle relazioni con la sfera pubblica. Ciò vanifica la possibilità per l'adulto che rientra in formazione di guardare alla propria esperienza in una prospettiva di investimento per il futuro e di riformulazione del proprio progetto di vita.

Vi sono dunque molti spazi aperti per diffondere pratiche di "lifelong learning": azioni che poggiano su convenzioni di fiducia fra cittadini che vogliono investire nel proprio patrimonio di esperienza e conoscenza e le istituzioni che possono renderli attori più consapevoli e valorizzati nelle loro scelte.

In una seconda fase il progetto ha sollecitato imprese e loro associazioni, organizzazioni sindacali e loro patronati, realtà del volontariato, circoscrizioni comunali e agenzie di formazione ad attivare uno sforzo congiunto per avviare percorsi di intervento e mantenere spazi di progettazione partecipata nella città.

"La città che impara è più felice" è lo slogan con cui è stata lanciata la campagna di comunicazione che sintetizza gli obiettivi e la convergenza di interessi che hanno consentito di realizzare tre utili iniziative:

- 1 - apertura di uno sportello di orientamento al volontariato presso il Centro servizi del volontariato di Brescia: uno spazio di ascolto ed un laboratorio aperto ai futuri pensionati e pensionate per sperimentare nuove modalità di incontro della domanda e dell'offerta di volontari.
- 2 - Vademecum di buone pratiche formative per l'educazione permanente: una guida per le circoscrizioni comunali di Brescia per far evolvere il lungo elenco delle iniziative in percorsi di educazione permanente, accessibili a tutti e frutto di partnership fra diversi attori.
- 3 - Azione positiva per promuovere il volontariato nei contesti lavorativi: una campagna informativa che pro-

⁴ L'art. 118 della L. 388/2000 (come modificato dall'art. 48 della L. 289/2002), ha previsto l'istituzione di Fondi paritetici interprofessionali nazionali, costituiti attraverso accordi interconfederali, stipulati tra le organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentative sul piano nazionale, allo scopo di favorire lo sviluppo della formazione professionale continua.

muove il valore sociale dei volontari e diffusione di un depliant a tutti i lavoratori e le lavoratrici prossimi alla pensione per far conoscere lo sportello di orientamento al volontariato.

Complessivamente, il percorso indica che invecchiamento sociale e sviluppo di pratiche di conoscenza sono dati della realtà che mettono radicalmente in discussione quelle idee più tradizionali che concepiscono la vecchiaia come impedimento all'innovazione. I segnali di cambiamento sono già ampiamente presenti: le singole esistenze non sembrano aspettare il disco verde per avventurarsi verso nuove esplorazioni del proprio tempo, a maggior ragione quando è un tempo che aggiunge vita agli anni.

BIBLIOGRAFIA

- Abburà L, Donati E. Ageing. Verso un mondo più maturo. Il mutamento delle età come fattore di innovazione sociale, Ires Piemonte, Collana "Quaderni di ricerca" n. 104, Torino 2004.
Balbo L. Il lavoro e la cura. Imparare a cambiare, Einaudi, Torino 2008.
Bauman Z. Vita liquida, Laterza, Roma 2008.
Delors, J. (1996). Learning: the Treasure Within. Paris, UNESCO.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Abburà L, Donati E. Nuovi cinquantenni e secondi cinquant'anni. Donne e uomini adulti in transizione verso nuove età, F. Angeli, Milano 2008.
Commissione delle Comunità Europee. Raccomandazioni del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente, Bruxelles 2005.
Commissione delle Comunità Europee. Libro verde: "una nuova solidarietà fra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici", Bruxelles 2005.
Donati E. Articolazioni dei tempi di vita nella prospettiva di Ageing Society, in Economia & Lavoro, Anno XL, N. 1, Carocci Editore, Roma 2006.
INDIRE. National standards for adult education. Dossier for the seminar "Lifelong Learning", Benevento 2003.
MLPS, MIUR, CONF. DEI PRES. DELLE REGIONI E DELLE P. A., ISFOL, Rapporto nazionale sul processo di consultazione relativo al Memorandum europeo sull'istruzione e la formazione permanente, Roma 2001.
ONU. Division for Society Policy and Development, Towards a Society for All Ages, www.un.org/esa/socdev/ageing 2000.
Saraceno C. (a cura di) Età e corso della vita, Il Mulino, Bologna 2001.
Share, Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) European Commission, 2005.
Supiot A. (a cura di) Il futuro del lavoro, Edizione italiana a cura di Paolo Barbieri ed Enzo Mingione, Carocci, Roma 2003.
UNESCO. Perspectives on Distance Education: Lifelong Learning and Distance Higher Education, Paris 2005.
UNESCO. Knowledge and Society, Unesco World Report, Paris 2005.

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, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia,
Cristiano Gori, Gianni Guerrini, 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@gruppcic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

☐ Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

☐ 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



TEOFARMA s.r.l.

Plactidil **300 mg** *picotamide* *monoidrata*

