

ISSN 1723 - 7750

# I luoghi della cura

Anno IX - N. 1  
Marzo 2011  
TRIMESTRALE

1/2011

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



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

# 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, Gianbattista 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@gruppocic.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 .....

### 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, Gianbattista 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

Carlo Bianchini, bianchini@gruppcic.it  
Paolo Fuà, fua@gruppcic.it  
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 2011

**Tiratura di questo numero: 2.500 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 2011



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

**Cinema e Alzheimer. Al cinema per comprendere una malattia**

*Antonino Frustaglia, 4*

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

**Federalismo e non autosufficienza**

*Anna Banchemo, 7*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**Ipotesi di un protocollo per la gestione dell'aggressività del paziente anziano con deficit cognitivo**

*Gianlorenzo Masaraki, Donatella Zenobio, 12*

## MATERIALI DI LAVORO

**Fragilità e federalismo**

*Antonio Guaita, 16*

## ESPERIENZE

**Continuità assistenziale e stabilità dell'équipe. L'esperienza dell'AOU Santa Maria della Misericordia di Udine**

*Daniele Salmaso, Gianni Borghi, Miria Dal Forno, Paola De Lucia, Ilario Guardini, Donatella Sbaiz, Gastone Mini, Roberta Vesca, Sonia Noacco, Maura Mesaglio, 20*

**La musicoterapia nei nuclei Alzheimer residenziali del Pio Albergo Trivulzio: riflessioni su un'esperienza**

*Ivana Santi, Angelo Gaddi, Raffaella Gentile, Monica Gandelli, Massimo Monti, 25*

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

**L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Secondo rapporto**

*A cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza), Maggioli Editore, 2010*

*A cura di Antonio Guaita, Marco Trabucchi, 30*

## Cinema e Alzheimer. Al cinema per comprendere una malattia

**Antonino Frustaglia**

Istituto Geriatrico "P. Redaelli", sede di Vimodrone (MI)

**S**e pensiamo, solo per un attimo, a quanta informazione superficiale passa attraverso i mezzi di comunicazione di massa, non c'è da stupirsi che una "epidemia silente", come la malattia di Alzheimer, venga tenuta ai margini anche dalla cinematografia.

La malattia di Alzheimer interessa, solo in Italia, almeno 500.000 famiglie ma, evidentemente, viene considerata un evento che deve essere affrontato in ambito privato (l'antica concezione secondo cui certi panni sporchi si debbano lavare in famiglia), oltre al fatto che parlarne in forma cinematografica potrebbe non fare "cassetto".

Nonostante ciò, sono state prodotte alcune belle pellicole che aiutano a capire i molteplici aspetti della malattia ed avvicinano ad essa.

L'esempio più recente è il film *"La versione di Barney"* di Richard J. Lewis con Paul Giamatti (vincitore del Golden Globe 2011 come miglior attore), Rachel Lefevre, Dustin Hoffman, Rosamund Pike, Minnie Driver, uscito nel gennaio 2011. Tratto dall'omonimo libro di Mordecai Richler, giornalista ebreo ed uno dei più famosi scrittori canadesi, il film narra la storia di Barney Panofsky, produttore televisivo ebreo che vive a Montreal, dove colleziona mogli e bottiglie di whisky, vivendo una vita dissipata e scorretta. Figlio affettuoso di un poliziotto in pensione col vizio del sesso e degli aneddoti, Barney viene preso di mira in un libro pubblicato dal suo peggior nemico, il detective O'Hearne. Accusato di omicidio e di ogni genere di bassezza, Barney decide di dare la sua versione dei fatti, ripercorrendo la sua vita fuori misura, consumata nell'Italia degli anni Sessanta e perseverata in Canada. Nel racconto, gli episodi del passato si intrecciano indissolubilmente con gli avvenimenti del presente, travolgendo lo spettatore in un percorso instabile nei meandri della memoria di un uomo che spesso si ubriaca, e sovente scorda o rimuove i dettagli del passato. Proprio questi

vuoti di memoria, sui quali Barney scherza, non sono altro che la manifestazione della malattia di Alzheimer; compagna silenziosa di una vita scanzonata.

La bellezza di questo film sta nel riuscire a sottolineare i principali aspetti clinici e umani della malattia di Alzheimer in un clima leggero e divertente che non manca, però, di commuovere e far riflettere.

Un altro esempio recente è il film del 72enne Pupi Avati *"Una sconfinata giovinezza"*, uscito nelle sale dopo essere stato escluso dal festival di Venezia (e questo, almeno per chi sta scrivendo, resta uno dei misteri delle giurie di esperti!) che narra di una delicata e struggente storia d'amore, vissuta sullo sfondo della malattia di Alzheimer. La trama racconta di Chicca, docente universitaria e Lino, giornalista sportivo, al quale viene diagnosticata la malattia di Alzheimer. La comparsa della malattia trova i due protagonisti "pronti" a difendere con i denti il loro amore, come avvenuto nella vita felice, così nella malattia. Il senso della storia ci insegna che la tenacia e l'amore della moglie, la sua "sconfinata giovinezza" interiore, e la capacità di complicità fino a regredire per lui e con lui nella dimensione dell'infanzia, le danno la consapevolezza di compiere un atto d'amore e un atto terapeutico, e la forza per rimanere accanto all'amato marito ad ogni costo. Sullo sfondo vengono anche descritti lo scontro tra le diverse opinioni dei parenti e dei sanitari; tra coloro che vorrebbero curare Lino allontanandolo inevitabilmente dalla consorte e la moglie stessa che, contro l'ordinario "buon senso", impone con fermezza il proprio pensiero contro corrente, tipico di chi ama radicalmente.

La fine poco importa: ciò che conta è il cammino vissuto, finché si è potuto, e ci si è sentiti insieme. Ecco il vero dono "culturale" ed "etico" che ci offre questo film, e non è certamente cosa da poco visti i modesti messaggi che molta cinematografia propina costante-

## EDITORIALE

mente, privilegiando spesso la leggerezza, la spensieratezza comica fine a se stessa senza indurre lo spettatore a riflettere, pur godendo, magari, di una sana comicità.

Un'altra interessante pellicola ebraica di insegnamenti è stato il film del 2001 *"Iris - un amore vero"* (diretto da Richard Eyre e con una strepitosa Judi Dench) che narra la vera storia d'amore tra Iris Murdoch (scrittrice contemporanea scomparsa nel 1999) e il suo compagno di vita John Bayley che, peraltro, ha scritto su di lei libri come *"Iris and her Friends: a Memoir of Memory and Desire"* e *"Elegy for Iris"*. La trama descrive una vita di coppia trascorsa nella gioia, pur con qualche contrasto, fino a quando, negli anni della vecchiaia, il marito si accorge dei primi sintomi della malattia di Alzheimer della consorte. Con grande dolcezza e amore l'accompagna nel vivere, con una certa serenità, pur con qualche passaggio di umana difficoltà, le varie fasi della malattia, prendendosi cura dell'anziana moglie fino alla fine. Il film, giustamente, è stato premiato con il Golden Globe e un premio Oscar: è stato un momento di vera illuminazione per il mondo cinematografico. L'insegnamento che si trae da questo spettacolo è che sia possibile raccontare, ad un pubblico profano, di malattie croniche degenerative descrivendone i vari aspetti fisici e psicologico-esistenziali senza perdere di vista il sapore magico e spettacolare offerto dalla qualità degli artisti. Essi, sapientemente guidati, hanno creato un'opera che resta nella memoria.

Le pellicole citate sono state precedute da un prodotto artistico magistrale per la capacità di provocazione che ha indotto nel pubblico, a diversi livelli, a suo tempo. Si tratta di *"A spasso con Daisy"* (*Driving Miss Daisy*). Il film, uscito nel 1989, diretto da Bruce Beresford, con Morgan Freeman e Jessica Tandy, racconta la storia, ambientata nel 1948 ad Atlanta, di un'anziana distinta ebrea, Miss Daisy Werthan, settantaduenne, maestra elementare ormai in pensione, vedova di un ricco produttore di tessuti ebreo. La donna, molto attiva e indipendente, nota come una signora molto burbera, testarda e bacchettona, vive da sola nella sua bella casa, dove è assistita dalla domestica di colore Idella che, con gli anni, ha imparato a sopportare il suo temperamento, le sue bizzarre fissazioni e i molteplici pregiudizi. Un giorno, la signora perde il controllo della sua automobile sbagliando la marcia mentre esce dal garage, finendo nel giardino dei vicini. Suo figlio Boolie, erede dell'azienda paterna, decide di assumerle un autista nonostante le sue fu-

riose proteste. Le affianca un uomo di colore di quasi settant'anni, Hoke Colburn, autista, analfabeta, che opportunamente avverte circa le particolarità caratteriali della spigolosa e pignola signora. Hoke assiste quindi Miss Daisy armandosi di una massiccia dose di pazienza e di un sorriso spontaneo e solare, concedendosi, molto di frequente, anche delle frecciate d'umorismo. Conoscendolo meglio, Daisy si ammorbida e si fa più amichevole con l'autista, anche se, ogni tanto, si concede ancora qualche pedanteria. Dopo la morte improvvisa per infarto di Idella, l'anziana signora e il suo autista continuano a smorzare le difficoltà relazionali, al punto che lui si improvvisa, con grande entusiasmo, giardiniere, cuoco, e cameriere. Con il passare del tempo, fra i due nascerà una bella storia d'amicizia, tanto che l'anziana maestra decide di insegnargli a leggere e a scrivere. Verso la fine degli anni Sessanta, Daisy ascolta un discorso di Martin Luther King in occasione di una cena sociale a cui partecipa l'alta società di Atlanta. La scena è strategica in quanto svela la vera morale del film in cui le discriminazioni dei bianchi a danno dei neri sono un fenomeno che non si limita soltanto alle violenze e alla ghettizzazione delle persone di colore, ma che si avvantaggia del silenzio complice delle persone perbene che preferiscono chiudere gli occhi piuttosto che contribuire a migliorare i rapporti, anche per gli americani del sud bianco che vivono in condizioni precarie. Di fatto, vi è un intreccio tra la difficoltà all'evoluzione sociale e l'evoluzione della relazione interpersonale tra i due. Ormai novantaquattrenne, Daisy si ammala di demenza ed entra improvvisamente in uno stato di confusione, convincendosi di essere ancora a scuola a insegnare ai suoi bambini. Ricoverata dal figlio in un ospizio per anziani, continua a ricevere le calde e commoventi cure del canuto Hoke, che non l'ha mai abbandonata: le tiene compagnia, la imbecca e ascolta i suoi vaneggiamenti. Per Daisy ora lui è il migliore amico. Il film, vincitore di quattro premi Oscar nel 1990, è un altro esempio di come sia possibile fare educazione cinematografica sulle demenze e su problemi storici e sociali in modo intelligente e creativo. Insegna, inoltre, come sia possibile saper ascoltare i malati di demenza nel rispetto profondo del loro diverso stato di coscienza, senza pretese di tentare di condurre alla nostra "normalità" il malato, ancor più se in fase avanzata. Dall'esempio dell'autista molti parenti potrebbero trarre spunti per un'efficace strategia relazionale: in questi casi il cinema è un buon maestro.

Accanto a questi esempi di pellicole per il grande pubblico, la cinematografia ha preparato dei film "specializzati" in cui il tema "malattia di Alzheimer" viene sviscerato in modo più strettamente tecnico. Mi riferisco a pellicole come "Alzheimer" di R. Minnaert, Belgio, 1996, in cui in 29 minuti di proiezione si illustra la malattia dal punto di vista clinico, con un notevole impatto comunicativo e didattico. Un'opera analoga è "Alzheimer, si tu m'avais laissé vieillir" di P. Krzyszowski, Francia, 1989. Una breve pellicola che in 13 minuti spiega le funzionalità residue e la personalità di un malato di demenza raccontati dall'interno: si vedono la progressione della malattia, i primi disturbi fino allo stadio terminale.

A volte, a complemento di belle lezioni teoriche in diversi setting universitari o divulgativi, alcune pellicole potrebbero "fermare" in modo indelebile dei concetti che accompagneranno studenti e spettatori in modo indimenticabile.

Ancora, nel 2006 il film "Lontano da lei" (Away from her), di Sarah Polley, con Julie Christie e Michael Murphy, prodotto in Canada. Con un'intelligente dose di flashback e raffinati effetti anticati, Sarah Polley disegna un lieve e terribile ritratto della malattia di Alzheimer che arriva come un ciclone nella vita di due anziani coniugi, dapprima separandoli e poi mandando in briciole il loro rapporto. La malattia colpisce Fiona, in-

terpretata da Julie Christie, ma il primo ad accorgersi che qualcosa non va nella mente della moglie è Grant (Gordon Pinsent), che comincia ad indagare con quel tatto e quella sensibilità che hanno contraddistinto tutto il loro percorso di vita, fatto di piccole attenzioni, di amore, di reciproco e genuino rispetto.

Tutti questi film ci insegnano a riconsiderare la malattia di Alzheimer come un'opportunità per interrogarci, tra l'altro, sul senso del nostro vivere quotidiano, su quali "valori" fondiamo la nostra vita personale e la relazione con gli altri. Tutti noi vorremmo fuggire da un flagello personale così subdolo e devastante: che la predisposizione alla malattia sia scritta nel codice genetico, che avvenga a causa di agenti fisici, o che venga scatenata o favorita da sofferenze interiori non esplicitabili è, almeno per certi aspetti, ancora in fase di accertamento. Emerge comunque che chi si ammala va incontro ad un sovvertimento della vita affettiva e di relazione. Spesso, il malato chiede, a chi si occupa di lui, di proteggerlo dall'autodistruzione e, allo stesso tempo, di accompagnarlo discretamente, con rispetto e accettazione della diversità. Il cinema, attraverso le sue immagini, purché esposte con arte e chiarezza, può dare un valido contributo alla creazione di un pensiero nuovo, necessario per preparare persone consapevoli e pronte ad affrontare con la forza necessaria la sfida che presenta la malattia di Alzheimer.

## Federalismo e non autosufficienza

**Anna Banchemo**

Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria, Area Accreditamento e Qualità; Università di Genova

### **DIRITTI SOGGETTIVI E RIFORMA FEDERALE**

Il tema del Federalismo è stato, ad oggi, prevalentemente affrontato sotto il profilo della finanza pubblica per adeguare un Paese che, con le riforme Costituzionali, dal 2001 ha decentrato forti competenze legislative alle Regioni e alle Amministrazioni locali, in una situazione in cui la responsabilità di spesa è dissociata da quella "impositiva fiscale". In altre parole, si è ritenuto giusto e corretto rendere coerenti spese ed entrate fiscali, soprattutto sul piano della responsabilità di governo di coloro che devono rispondere ai cittadini, a cui è imposto il pagamento di tributi, con la realizzazione di servizi.

Il federalismo fiscale è regolato dalla legge 42/2009: "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"; i principi fondamentali della legge si riassumono in:

- autonomia di entrata e di spesa per Regioni ed enti locali, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione;
- finanziamento integrale di tutte le funzioni pubbliche;
- leale collaborazione tra i diversi livelli di governo;
- divieto di sottoporre a doppia imposizione lo stesso presupposto d'imposta;
- passaggio, per le funzioni fondamentali, dal criterio della spesa storica a costi e fabbisogni standard;
- armonizzazione di tutti i bilanci pubblici.

I principi indicati devono essere tradotti nella realtà da decreti che sono in corso di emanazione. Gli elementi determinanti per il futuro della salute e per i servizi sociali sono i costi standard (art. 2, comma 2) ed il fabbisogno standard. Con il fabbisogno standard sono stabiliti i "livelli dell'offerta" da erogare per rispondere ad un bisogno, mentre il costo standard costituisce l'indicatore per finanziare livelli di assistenza e servizi dagli stessi derivati. In termini più semplici, il costo ed il fabbisogno standard sono i parametri per il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza sa-

nitaria (Lea) e dovrebbero essere tali anche per i servizi sociali: per questa materia, però, non sono ancora stati fissati nemmeno i livelli essenziali delle prestazioni.

Per quanto attiene alla Salute, il decreto su fabbisogno e costo standard è oggi all'esame delle Camere, con parere negativo della Conferenza delle Regioni perché non è stata sufficientemente chiarita la metodologia di calcolo e la scelta sulle regioni di riferimento per calcolare fabbisogno e costi. In particolare, le regioni del Sud sono state fortemente contrarie perché i metodi proposti dal decreto sarebbero lesivi dei loro diritti e non consentirebbero ai cittadini l'erogazione completa dei livelli di assistenza.

Ancora sui riferimenti delle regioni virtuose che verranno indicati per i costi standard, va detto che non si potranno utilizzare coloro che hanno la spesa più bassa, perché sappiamo bene come essa non sia sinonimo di maggior efficienza, poiché, come è noto, sono molti i fattori che determinano il ricorso di una popolazione ai servizi: l'età degli abitanti (una persona ultrasettantacinquenne costa mediamente 3,8 volte rispetto ad un adulto), le condizioni economiche (persone con maggior reddito fanno meno ricorso ai servizi pubblici), non ultima, l'efficienza degli apparati erogatori. Da qui, la complessità e la difficoltà di stabilire un costo standard, se non si tiene conto delle altre variabili, che si aggiungono e influenzano il costo dei fattori produttivi.

In sintesi, i costi standard determineranno per ciascuna regione il limite di spesa ammesso e coperto dai meccanismi di autofinanziamento e di perequazione previsti dalla legge 42/09; ciò che non sarà possibile coprire con queste assegnazioni dovrà ricadere sull'imposizione locale o, in alternativa, non potranno essere garantiti servizi. Da qui, l'importanza che i metodi di rilevazione del fabbisogno e del costo standard siano corretti in modo da raggiungere gli obiettivi di salute con una buona efficienza erogativa.

Per approfondire i concetti esposti, si dettaglia innanzitutto ciò che si intende per *fabbisogno standard*.

Dalle interpretazioni date da alcuni studiosi che hanno provato a proporre alcune formule per il calcolo dei costi standard, i fabbisogni standard sono indicati come una traduzione quali-quantitativa delle prestazioni necessarie per rispondere ai bisogni epidemiologici di maggior rilievo per i cittadini di un determinato territorio. Ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera per acuti, il fabbisogno standard potrebbe esser dato:

- in termini quantitativi, dal numero di ricoveri collegato ad un prefissato tasso di ospedalizzazione;
- in termini qualitativi, da un *case mix* o da un peso medio del DRG "obiettivo" (ad esempio, un peso medio DRG almeno pari ad 1) per far sì che determinati tipi di prestazioni non siano erogate in regime ospedaliero, ma ambulatoriale.

Quindi, da una parte è necessario affrontare il problema della determinazione di un costo "efficiente" di produzione e, dall'altra, occorre contemporaneamente prendere in considerazione anche i volumi e la qualità della produzione.

Il termine costo standard è utilizzato nella contabilità direzionale/aziendale, ed è generalmente riferito ad un'unità di prodotto (*output*). Il costo standard complessivo dell'*output* deriva da una serie di standard attribuiti agli *input*, ossia ai fattori impiegati per produrre quel determinato prodotto (ad esempio: le materie prime, la manodopera, le spese generali e così via). Questi standard riguardano sia le quantità che i prezzi e sono elencati dall'azienda nella scheda dei costi standard.

Alle regioni dovrà essere garantito, attraverso le loro entrate, che non saranno più convogliate in sede nazionale, il finanziamento integrale (cioè a costi standard) dei livelli essenziali delle prestazioni per tutti i diritti civili e sociali, *in primis* per la salute; a questo vanno aggiunti i livelli essenziali in materia di assistenza (servizi sociali), di istruzione e di diritto allo studio. Sul piano delle entrate finanziarie le Regioni potranno contare su: IRAP (fino alla sua sostituzione), tributi regionali, riserva di aliquota o addizionale sull'IRPEF, compartecipazione regionale all'IVA.

Con l'introduzione dei costi (e fabbisogni) standard non vi è solo la definizione delle risorse da attribuire a ciascuna regione, ma anche l'introduzione di meccanismi di verifica sull'impiego delle risorse. Sarebbe infatti riduttivo ragionare solo in termini di fabbisogni calcolati in base alle necessità della popolazione senza introdurre le verifiche successive su come ef-

fettivamente siano state utilizzate le risorse: ossia, se i costi sostenuti siano coerenti con i servizi resi e le risposte date ai bisogni dei cittadini.

Un primo passo verso la costruzione di un sistema di controlli che possa essere utile alla verifica del raggiungimento dei fabbisogni standard (sebbene questi debbano essere ancora definiti) può essere considerato il "set di indicatori del sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari" proposto dal Ministero alle Regioni (verificabile sul sito [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) curato dal Siveas e dai ricercatori del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).

Premi e sanzioni sono previsti per le amministrazioni virtuose e per quelle meno virtuose che potranno arrivare anche all'ineleggibilità. È stato previsto anche un patto di convergenza quale strumento che accompagnerà i territori verso il passaggio a costi e fabbisogni standard. Ogni anno, in Finanziaria, oggi definita "legge di stabilità", bisognerà indicare a che punto è tale passaggio e stabilire come aiutare chi rimane indietro. Per le regioni inadempienti è previsto il potere sostitutivo dello Stato. Per l'attuazione del Federalismo si prevede un periodo transitorio di cinque anni, con uno specifico decreto legislativo che stabilirà la decorrenza. Nell'attuazione della legge dovranno essere rispettati il patto di stabilità e di crescita. La legge statale dovrà inoltre fissare un tetto massimo alla pressione fiscale ed assicurare che il livello del prelievo complessivo non aumenti neanche nella fase transitoria.

Ciò che appare complesso, ma gradualmente realizzabile per la tutela della salute, diventa assai più difficile per le politiche sociali in quanto non sussistono livelli essenziali già definiti, e la stessa spesa per definire il costo standard è spezzettata tra più soggetti: Comuni, Regioni, privati cittadini. Trascurando gli aspetti indicati, l'attuale decreto in discussione alle Camere si propone di:

- a) richiedere la spesa che servirà a definire i costi e fabbisogni standard ai Comuni;
- b) i Comuni compileranno una modulistica legata ai bilanci Comunali (bilanci per funzioni) dove per l'area "sociale e socio-educativa" si individua la spesa per gli asili nido ed una funzione genericamente definita spesa sociale;
- c) non è inserita l'area sociosanitaria che, solo per una parte limitata, rientra nei bilanci comunali (pagamento rette);

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

- d) la raccolta e l'elaborazione dei dati dovrebbe essere affidata al SOSE (società che ha provveduto e provvede per il Ministero dell'Economia agli Studi di Settore) che non ha, almeno ad oggi, alcuna esperienza in materia di servizi sociali. Si può quindi pensare, in termini generali e di prospettiva, vista la grandezza territoriale molto diversa per gli oltre 8000 comuni italiani, che tale Società, per definire i costi standard dell'area sociale, potrà effettuare valutazioni attraverso calcoli "probabilistici" o con "stime di massima";
- e) i dati raccolti serviranno come base per un altro decreto (oggi in bozza) in materia di autonomia di entrata degli Enti territoriali (regioni e comuni) che dovrà determinare il "quantum delle entrate" (per ora rappresentato da una semplice percentuale) per la copertura integrale delle spese relative ai "diritti civili e sociali".

Come appare evidente, per la componente assistenziale ci troviamo davvero in "alto mare": come si può pensare di definire ciò che è previsto alle lettere b), c) d) ed e), se prima non si decide cosa è compreso nei diritti civili e sociali? Probabilmente non si vorrà arrivare a declinare diritti in quanto la bozza di decreto individua una copertura di spesa attraverso una percentuale. L'aspetto che, però, è determinante e richiede un'attenta riflessione, è il seguente: dal 2012 saranno soppressi i trasferimenti dallo Stato alle Regioni, e quella percentuale indicata alla precedente lettera e) sarà il "quantum" che potrà essere trattenuto dalle regioni e dagli Enti locali per realizzare i servizi.

Sebbene le osservazioni illustrate possano risultare complesse da comprendere, ciò che si vuol evidenziare è che oggi, per le persone non autosufficienti, l'equazione "federalismo/non autosufficienza", sul piano dei diritti soggettivi, garantisce ben poco se si eccettuano le cure sanitarie di base, specialistiche e l'assistenza ospedaliera, come previsto per tutti i cittadini.

Queste considerazioni vogliono sottolineare che la situazione di partenza del federalismo, in materia di risposta ai diritti di cittadinanza, è molto differenziata e quindi chi "ha", forse continuerà ad avere delle risposte (non si può ipotizzare con quale incremento), mentre chi dispone di una scarsa offerta, forse potrà avere ancora meno. Limitati saranno gli effetti del corretto principio di competitività, che anima lo spirito dell'autonomia federalista: questa virtuosità per entrare a regime richiederà elevati sforzi ed un "rigoroso"

controllo statale per potenziare l'offerta laddove esistono poche iniziative.

## I LIVELLI DI ASSISTENZA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Abbiamo osservato le difficoltà in essere per assicurare adeguati livelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria ai cittadini in condizione di cronicità, ma soprattutto dobbiamo sottolineare come, per assicurare "diritti di cittadinanza" a questa categoria di cittadini, sia necessario ancora un grosso lavoro di approfondimento in modo da poter rispondere seriamente ai problemi di invecchiamento del nostro Paese. Ad esempio, se valutiamo la spesa sanitaria pubblica dobbiamo osservare che questa rappresenta il 74% della spesa totale nelle regioni più abbienti del Nord, mentre diventa l'82% in quelle del Sud. La richiesta ai servizi pubblici nel Meridione è quindi più alta di 8/10 punti percentuali. In Basilicata, per esempio, è l'85% per cento, mentre in Friuli arriva al 73%; va da sé, quindi, che nelle regioni del Nord i residenti si avvalgono anche della sanità privata, mentre ciò avviene in misura minore nelle regioni del Sud. Se ciò è rilevabile nella sanità in generale, nei servizi sociosanitari il divario cresce a dismisura proprio per quel mancato consolidamento delle attività di cure domiciliari o residenziali che sono attive da nemmeno un decennio.

Non ci sono soluzioni "magiche" ai problemi evidenziati, si fa però l'esempio di esperienze internazionali più avanzate di *risk adjustment* (ad esempio, *Medicare* negli Usa e nei Paesi Bassi) dove la soluzione al problema del fabbisogno è riposta in una formula che vede, da una parte, i bisogni oggettivi di salute valutati in termini di "proporzione dei malati" (diversi da Regione a Regione) e, dall'altra, correttivi derivati dalle condizioni socio-economiche dei diversi territori. Le differenze tra regioni non riguardano certamente i servizi consolidati quali la medicina generale, la specialistica, l'assistenza ospedaliera; una proposta, quindi, per sostenere i servizi dell'area sociosanitaria che si sono sviluppati nell'ultimo decennio potrebbe essere quella di utilizzare una "piccola quota" del "fondo perequativo" (individuato nella riforma federale per ridurre i rischi delle regioni che hanno scarse entrate autonome) per supportare quei servizi che hanno scarso consolidamento e diffusione disomogenea

quali possono essere i servizi a favore della non autosufficienza.

La situazione che si presenta, oggi, all'esame dello stato dell'arte dei servizi per la non autosufficienza, ci pone di fronte ad una "traccia" di rete che troviamo, in maniera più o meno consolidata, in quasi tutte le regioni e che riguarda:

- punti di accesso e accoglienza;
- valutazione multidimensionale;
- presa in carico;
- assistenza domiciliare (diretta o con voucher/assegni, ecc.);
- assistenza residenziale e semiresidenziale.

In questa cornice, però, le persone che accedono ai servizi si differenziano, nel panorama italiano, in base ad alcuni elementi che vanno a caratterizzare la non autosufficienza e/o la fragilità nelle diverse regioni:

- difficoltà di individuazione puntuale degli aventi diritto, in quanto provvedimenti regionali o delle province autonome definiscono la non autosufficienza in maniera differenziata: alcune con precise regole circa la capacità di compiere gli atti della vita quotidiana (autonomia), la mobilità ed il mantenimento di relazioni esterne (Friuli, Lazio, Liguria, Province di Bolzano e Trento, Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Piemonte, Sardegna); altre con definizioni molto meno specifiche che rendono difficile la corretta individuazione dei non autosufficienti/fragili;
- non regolazione dell'accesso alla rete e alla valutazione multidimensionale (VMD), con complessità dei percorsi assistenziali, talvolta anche tortuosi e poco efficienti, tali da lasciare larga parte dei problemi di assistenza a carico delle famiglie.

Sul piano dell'offerta assistenziale, anche se permangono differenziazioni di tipo quali-quantitativo, troviamo convergenza e omogeneità nelle diverse regioni sulla tipologia delle prestazioni per la non autosufficienza (NA), che si estendono in tre aree:

1. area delle prestazioni di aiuto alla persona: offre un supporto alle cure familiari con prestazioni a domicilio, servizi di prossimità o vicinanza e altri supporti, valorizzando il capitale sociale (solidarietà, volontariato);
2. area delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie: provvede alla tutela della persona sotto il profilo della salute fisica e psichica, con interventi a domicilio o assistenza presso residenze diurne e a tempo pieno;

3. area delle prestazioni economiche e reddituali: a partire dall'intervento "diffuso" da parte dello Stato tramite assegno sociale ed emolumenti per l'invalidità civile (con particolare riferimento all'indennità di accompagnamento), a prestazioni dei Fondi regionali che sostengono la cura a domicilio della non autosufficienza (assegno di cura, voucher, assegno per la NA, ecc.), fino a prestazioni di integrazione al reddito, costituite da trasferimenti economici da parte dei Comuni, singoli o associati.

Per riassumere con alcune conclusioni, ed in coerenza con questo esposto al precedente capoverso, non è poi così difficile individuare, già ad oggi, alcuni primi e irrinunciabili livelli essenziali di carattere sociosanitario da offrire alle persone non autosufficienti, che si possono sostanziare in:

1. elaborazione di un progetto personalizzato di assistenza
2. cure domiciliari di diversa intensità per tempi ragionevoli necessari a garantire una vita dignitosa alla persona con fragilità/comorbilità
3. assistenza residenziale o semiresidenziale quando non sussistono le condizioni che consentono una permanenza a domicilio
4. autonomia economica per condurre un'esistenza "civile" integrando il reddito laddove è insufficiente.

Questo non significa moltiplicare la spesa, ma solo assicurare innanzitutto cure alle persone più fragili. La spesa già a carico del servizio sanitario per domiciliarità e residenzialità ammontava nel 2009 a circa 4,5 miliardi di euro, a cui vanno aggiunti circa 3 miliardi spesi per la componente assistenziale da Comuni e Regioni e 2 miliardi di euro per le indennità di accompagnamento. Come si può osservare, siamo intorno ad oltre 9 miliardi di euro che, se coordinati in "livelli assistenziali definiti" come elencati al paragrafo precedente, potranno offrire una risposta più organica e omogenea ai cittadini di tutte le regioni italiane.

Certamente, va riordinata l'indennità di accompagnamento che dovrà essere erogata in maniera appropriata alle persone in elevata condizione di dipendenza, modificando le modalità di accesso e di accertamento dell'invalidità (solo in questo modo si può fare la lotta ai falsi invalidi).

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Non va infine disatteso “il terzo pilastro” del welfare, quello dei fondi integrativi, ancora poco sviluppato e approfondito nel nostro paese, soprattutto per coloro che hanno redditi di medio alto livello, proprio perché un moderno welfare richiede un’equa distribuzione e redistribuzione delle risorse economiche. L’obiettivo da perseguire è quello “di fare sistema” tra tutte le opportunità e le disponibilità finanziarie: solo in questi termini il Federalismo potrà diventare una opportunità positiva tra Stato e Regioni e cittadini che si misurano e collaborano per costruire un welfare comunitario dove le politiche locali hanno il ruolo di sviluppare reti di assistenza che integrano le prestazioni pubbliche con il capitale sociale in modo da rispondere, anche sul piano della solidarietà, alle fasce più deboli della popolazione.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

---

- Banchero A. Programmare i servizi sociali e sociosanitari. Il Mulino, Bologna 2005.
- Banchero A. I livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana: riflessioni sul modello organizzativo e sulle risorse finanziarie. Rapporto Sanità 2005, Il Mulino, Bologna 2005.
- Cavagnaro P, Lucarini S, Ricci E, Banchero A. Fondo e registro della non autosufficienza. G. Gerontol 2007(6):296-9.
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni: Evoluzione del dibattito sul Disegno di legge di riforma federale. 2010 [www.regioni.it](http://www.regioni.it)
- Giarda P. Titolo V e Federalismo Fiscale. In: Rivista di Diritto Pubblico Italiano, Comunitario e Comparato, 07.02.03.
- Gori C. Le riforme regionali per i non autosufficienti. Carocci, Roma 2008.
- OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? 2006 [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- Trabucchi M. I vecchi la Città e la Medicina. Il Mulino, Bologna 2005.

# Ipotesi di un protocollo per la gestione dell'aggressività del paziente anziano con deficit cognitivo

Gianlorenzo Masaraki, Donatella Zenobio

RSA Comune di Milano

## INTRODUZIONE

L'agitazione e l'aggressività sono tra i disturbi del comportamento con maggior impatto nella gestione integrata del paziente anziano.

Si stima che l'agitazione, intesa come stato d'ansia che si connota con attività motorie afinalistiche, riguardi dal 24 al 61% dei pazienti affetti da Malattia di Alzheimer; e l'aggressività il 21% dei casi (La famiglia del malato di Alzheimer di fronte ai disturbi comportamentali, 2000).

Coloro che svolgono l'assistenza a domicilio, oppure presso istituti residenziali o semi-residenziali, spesso chiedono aiuto mostrando quasi la necessità di poter disporre di "linee guida" di riferimento in questo ambito. Tenuto conto che non è pensabile proporre "ricette" universalmente valide, ci si è posti comunque il problema della tracciabilità di un profilo tecnico che comprendesse dei parametri di riferimento utili a prevenire o limitare i danni di un'aggressività agita a livello fisico.

## PREMESSA

Esistono ricerche che confermano la possibilità di uno studio tecnico del fenomeno rappresentato dall'aggressività, oltre a renderne possibile una conoscenza utile ad individuarne l'origine. Ricordiamo, fra le altre, le ricerche di Konrad Lorenz (Lorenz, 1990) che testimoniano la stretta correlazione tra l'aggressività e la difesa del territorio nel caso degli animali.

Un altro studio fondamentale per la comprensione della genesi dell'aggressività e per la definizione di

un protocollo di comportamento con il paziente aggressivo, è quello sulla *prosemica* dell'antropologo Edward T. Hall (Hall, 1966), che mette in luce il significato psicologico, sociale, affettivo ed emotivo della distanza interpersonale, giungendo a definire fasce nell'ambito delle quali la comunicazione assume specifici connotati. La *distanza intima* implica un alto grado di coinvolgimento dell'individuo ed è quantificabile dai 15 ai 45 cm: sono visibili i particolari fisici dell'interlocutore e le braccia possono afferrare con facilità l'altro; la *distanza personale* è invece quella rispettata dai membri di una società e si ispira al non contatto, va dai 45 ai 125 cm: questa distanza rappresenta una sorta di "bolla" privata all'interno della quale è collocato l'individuo, e può essere infranta solo da un estraneo "autorizzato"; vi è poi la *distanza sociale*, compresa tra i 120 e i 210 cm, che non permette più ai soggetti un contatto fisico, ma viene migliorata la possibilità di visione d'insieme dell'altro e dei rapporti che intercorrono in un piccolo gruppo: si può anche considerare questa come una distanza difensiva. È questa infatti la distanza a cui si ritrae un soggetto che ha difficoltà di rapporto o che non vuole essere troppo invaso dalla presenza dell'altro. Infine, la *distanza pubblica* prevede un limite minimo di tre metri e mezzo circa.

È noto inoltre che il deteriorarsi delle funzioni cognitive più evolute riporta in auge un funzionamento più primitivo del sistema nervoso centrale. Spesso accade, ad esempio, che non venga riconosciuto l'obiettivo di un contatto fisico che, come suggerisce Hall, coinvolge lo *spazio intimo*, e che ciò scateni una reazione indifferenziata di difesa attraverso

l'aggressività atta a respingere la minaccia percepita. La ricerca di Mc Lean (Mc Lean, 1984) può fornire elementi per comprendere il funzionamento psichico di un paziente con una struttura cerebrale modificata.

Mc Lean ha ipotizzato l'esistenza di un'evoluzione delle strutture cerebrali che permetterebbero di riconoscere tre diversi livelli evolutivi: al livello più primitivo troviamo il *cervello rettiliano*, quindi il *cervello di mammifero antico o primitivo* (coincidente con il sistema limbico) e, infine, il più evoluto, il *neocervello* o cervello di mammifero recente. A carico di quest'ultimo, in particolare, sarebbero da ascrivere le lesioni che procurano un quadro di demenza. Un'altra nota importante è che nell'individuo, pur prevalendo il neocervello, sono presenti anche gli altri due, ognuno con "la sua specifica soggettività e la sua propria intelligenza, il suo senso del tempo e dello spazio, le sue funzioni mnemoniche, motorie e altre" (Mc Lean, 1968).

Seguendo questa ipotesi, poiché nella demenza è il cervello più evoluto a subire i danni maggiori, il funzionamento dipenderebbe da un livello evolutivo inferiore, e dunque le funzioni cognitive, motorie e le coordinate spazio-temporali subirebbero dei cambiamenti coerenti con il livello di funzionamento del cervello meno evoluto, il quale assumerebbe il ruolo dominante.

Diversi disturbi del comportamento del soggetto affetto da demenza potrebbero essere letti alla luce di questa teoria. I comportamenti ripetitivi, ad esempio, quali il *wandering*, l'affaccendamento improduttivo e le vocalizzazioni ripetitive, pur avendo perso una finalità riconoscibile, potrebbero essere sorretti da uno schema antico di comportamento che Mc Lean riconosce soprattutto come prerogativa del cervello rettiliano. Il malato di Alzheimer tende infatti a seguire percorsi già sperimentati o ad agire secondo un programma rigido. Si osserva, infatti, che l'interruzione di un'attività ripetitiva o la proposta di un'attività non consueta provoca spesso una reazione aggressiva di rifiuto. L'osservazione dei comportamenti descritti ha opportunamente guidato alcune scelte ambientali nei reparti Alzheimer, a sottolineare che la ripetitività e la rigidità sono una necessità che, se rispettata, reca benessere al paziente.

È interessante notare che, secondo l'ipotesi descritta di un ruolo maggiormente significativo di un cer-

vello più arcaico, non osserviamo un deficit di funzionamento, bensì un diverso funzionamento con sue prerogative specifiche.

L'osservazione, guidata dalle suddette teorie, fornisce interessanti stimoli per la comprensione del funzionamento cognitivo ed emotivo e, di conseguenza, anche dei comportamenti del demente.

Non a caso, gli episodi di aggressività avvengono soprattutto quando si interferisce con un'attività ripetitiva, come già detto, o con lo spazio personale del paziente: durante le pratiche di assistenza oppure tra gli ospiti in contesti di vicinanza (a tavola, in camera o nei salottini).

## IPOTESI DI LAVORO

Partendo dalla riflessione su queste teorie, e dall'osservazione dei comportamenti e delle reazioni di soggetti affetti da demenza, si è cercato di individuare un protocollo di comportamento che miri a salvaguardare il paziente e chi lo assiste (Tab. 1).

## CONCLUSIONI

Vorremmo insistere sull'importanza fondamentale dell'attenzione allo spazio fisico a disposizione dei pazienti e di chi presta la cura, e dell'aggressività in rapporto alla "territorialità" del paziente.

Questa considerazione, unitamente a quanto finora detto, richiede, a nostro avviso, la definizione di una "psicologia della demenza", con un approccio che rivaluti la dimensione motivazionale e inconscia del paziente. L'instaurarsi di un deficit cognitivo non implica infatti in alcun modo il contemporaneo realizzarsi della fine di una dimensione interiore del soggetto. Questa permane, aumentando semmai l'inconsapevolezza del sentire e/o la difficoltà nell'esprimerlo in modo coerente. Acquista importanza la conoscenza, il più possibile approfondita, dell'anziano, delle sue abitudini e della personalità premorbosa, accanto alla conoscenza di elementi di base di psicologia delle pulsioni elementari e del comportamento.

Il protocollo proposto nasce infatti dal considerare come l'aggressività o l'agitazione del paziente possano non avere una matrice autogena, bensì essere la conseguenza dell'interazione tra aspetti ambien-

**Tabella I -** Protocollo di comportamento con il paziente aggressivo.

	Note
1. Mantenersi di fronte al paziente	Conservare una distanza di sicurezza (più della lunghezza del braccio del paziente). Tale distanza è quella indicata da Hall come <i>distanza sociale</i> che, oltre a non consentire un contatto fisico, evita di sollecitare ulteriormente l'aggressività del soggetto entrando in quel territorio privato che Hall definisce <i>distanza intima</i> .
2. Seguire lo sguardo del paziente	Molto importante è lo sguardo del paziente che può segnalare, ad esempio, la presenza di fenomeni di tipo allucinatorio. Se il paziente, mentre sta parlando, volge lo sguardo altrove, senza che ciò sia giustificato da uno stimolo sensoriale esterno, è possibile ipotizzare la presenza di "voci imperative" che a volte, in questi casi, determinano un comportamento aggressivo. Va osservato che, comunque, il distogliere lo sguardo dall'interlocutore è un fatto che generalmente precede il passaggio all'atto. Sostenere lo sguardo del soggetto è un'attività che induce un'operazione analoga imitativa (neuroni specchio?) nell'interlocutore. Ciò richiede concentrazione e la piena integrità delle funzioni esecutive. Il paziente affetto da demenza spesso non è in grado di compiere due azioni coordinate e contemporanee. Pertanto, in questa circostanza, non sarebbe in grado di sostenere lo sguardo e, allo stesso tempo, mettere in atto un'azione violenta.
3. Non intervenire da soli	È importante essere almeno in due. Un operatore terrà il contatto verbale con il paziente, mentre il secondo provvederà eventualmente a chiedere ulteriore soccorso. Il secondo operatore dovrebbe mantenere una funzione di supporto per eventuali interventi, senza tuttavia assumere il ruolo di interlocutore. Anche fisicamente, il secondo operatore deve rimanere all'esterno dello spazio occupato dal paziente e dall'interlocutore principale (collocandosi in quell'area che Hall chiama <i>distanza pubblica</i> ), assumendo il ruolo di osservatore silenzioso. Un comportamento attivo di più interlocutori potrebbe provocare una maggiore agitazione nel paziente che non è in grado di controllare stimoli multipli.
4. È importante la rassicurazione	Spesso le reazioni degli operatori sono direttamente correlate al comportamento del paziente, quindi se quest'ultimo è aggressivo, l'operatore potrebbe a sua volta avere un comportamento analogo, anche lui impegnato a difendere il proprio spazio (il proprio "territorio" per citare Lorenz) da un pericolo. In realtà, è importante ricordare che si ha di fronte, prima ancora di una persona aggressiva, una persona spaventata che, probabilmente, sente minacciato il proprio spazio vitale. Pertanto, al fine di ridurre una reazione violenta, è più efficace adottare un tono e una risposta rassicurante (anche la voce, secondo la sua modulazione, può essere più o meno invasiva).
5. Non intervenire farmacologicamente se non strettamente necessario	Ricordare che l'agitazione non sempre è conseguenza di una patologia psichiatrica, quindi non sempre è necessaria una terapia sedativa. In certi casi, una terapia farmacologica allo scopo di controllare l'agitazione è addirittura controindicata. Frequentemente il paziente demente risponde con l'agitazione e con un comportamento aggressivo a diverse situazioni: quando avverte uno stimolo interno che non è in grado di decifrare, quando avverte un disagio (ad esempio, la sensazione di essere bagnato) o quando è in atto una patologia organica che provoca, ad esempio, dolore, dispnea o confusione. È pertanto necessario identificare la causa dell'agitazione per effettuare un intervento specifico. Quindi, anche se esiste l'indicazione di un preparato "al bisogno", è sempre il medico che deve valutare l'opportunità del trattamento farmacologico e, qualora somministrato, segnalarlo in cartella.
6. Non fingere di ignorare le minacce	Una risposta tendente a minimizzare, banalizzare o negare l'aggressività del paziente è quasi automaticamente un invito ad elevare il livello dello scontro.
7. Non rispondere in modo aggressivo o canzonatorio	In altre parole, non essere a propria volta aggressivi significa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non offendere</li> <li>• Non minacciare</li> <li>• Non accettare le provocazioni</li> <li>• Non accettare la sfida</li> <li>• Non pensare o dire: "Adesso le faccio vedere io..." oppure: "A me così non si fa"</li> <li>• Non fare del sarcasmo</li> <li>• Non fare prove di forza</li> <li>• Non irrigidirsi</li> </ul>
8. Qualsiasi intervento decisi di avviare, fatelo con fermezza	È importante agire in modo deciso, pur non diventando mai aggressivi, comunicando sempre con il paziente, senza titubanze, che quello che dite o farete gli sarà utile. Spesso il paziente demente agitato si trova in uno stato di incertezza e di perdita di riferimenti che gli danno sicurezza. Può essere utile quindi offrire riferimenti al paziente dandogli delle indicazioni di comportamento.
9. Sostenere lo sguardo e la conversazione in modo fermo, deciso, convinto e rispettoso	È importante intrattenere il paziente conversando anche se, in quel momento, sembra non essere in grado di ascoltare. Il paziente, infatti, tende a percepire maggiormente il tono della voce piuttosto che il contenuto, pertanto un tono di voce rassicurante può avere degli effetti positivi. È possibile entrare in empatia con frasi come: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Posso esserle utile?"</li> <li>• "Possiamo risolvere in questo modo..."</li> <li>• "Capisco"</li> <li>• "Vediamo come posso aiutarla"</li> <li>• "Vorrei capire meglio"...</li> </ul>

tali, l'atteggiamento di chi lo assiste e le modificate condizioni mentali del soggetto.

Per il caregiver alcune indicazioni riportate possono apparire non intuitive e certamente richiedono uno sforzo di autocontrollo.

È importante che vi sia la possibilità di svolgere una riflessione, possibilmente con personale formato, tesa a interiorizzare modalità di lettura e comportamenti che, non venendo spontanei, necessitano di una preparazione ad hoc.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

Hall ET. La dimensione nascosta, Bompiani, Milano 1966.

La famiglia del malato di Alzheimer di fronte ai disturbi comportamentali, Fondazione Manuli, Atti Seminario di Aggiornamento, 21.09.2000.

Lorenz K. L'aggressività, Mondadori, 1990.

Mc Lean PD. Evoluzione del cervello e comportamento umano, Einaudi, Torino 1984.

Mc Lean PD. Alternative neural pathways to violence, in: L. Ng (a cura di) Alternatives to Violence, Time Life Books, New York 1968:24-34.

## Fragilità e federalismo

Antonio Guaita

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

### IL DIRITTO ALLA SALUTE

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.” Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32.*

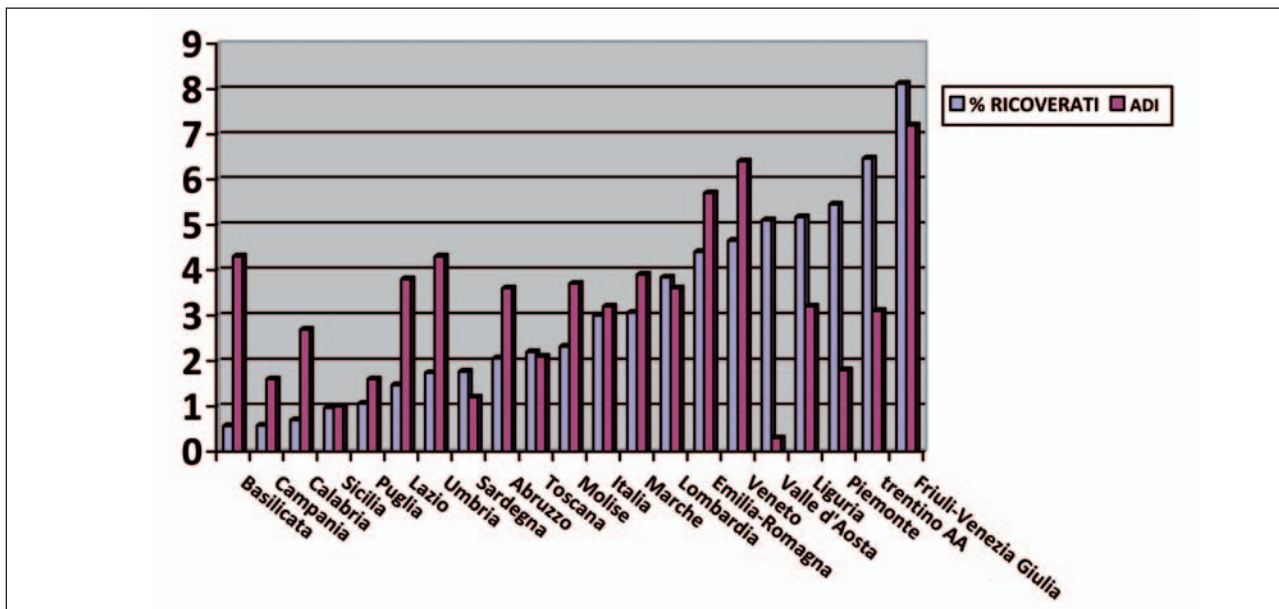
Non si può pensare a nessun discorso serio sui temi della cura degli anziani, nell'Italia delle regioni, senza questo richiamo alla nostra Costituzione per riaffermare, in modo, se si vuole, un po' ideologico, la piena adesione di chi opera con sincerità e partecipazione nei servizi socio sanitari non solo ai contenuti di questo articolo, ma anche ai modi con cui sono espressi. Se si riflette su quelle che avrebbero dovuto essere le conseguenze normative e i servizi per i cittadini a seguito della norma costituzionale, troviamo che moltissimo è stato fatto, soprattutto a partire dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, legge 833 del 23 dicembre 1978. La data stessa (1978), però, a confronto con quella della costituzione (1947) dice del ritardo con cui la pienezza del diritto alla salute è stata riconosciuta, ritardo che, peraltro, non è servito per costruire un sistema maturo e solido visto che la 833 è stata aggiornata di fatto già nel 1992 con la legge 502 che, all'articolo 1, recita: *Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale.* Con questo articolo viene stabilito, di fatto, che l'esercizio del diritto alla cura pubblica e gratuita si esercita nei limiti del finanziamento e degli indirizzi del piano sanitario nazionale. In seguito sono stati definiti dei “Livelli essenziali di assistenza” con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (Definizione dei Livelli essenziali di assistenza - Lea), entrato in vigore il 23 febbraio 2002. Oltre alle prestazio-

ni incluse nei Lea, è previsto che le singole Regioni possano stabilire ulteriori prestazioni da erogare con stanziamenti propri. In base all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 “Patto sulla salute”, e alla Legge 296 del 27 dicembre 2006, i Lea sono stati ridefiniti con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008, che sostituisce integralmente il Decreto del 2001: il nuovo Decreto ha revisionato le prestazioni, arrivando a un totale di oltre 5700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione. In tutto questo fiorire legislativo, però, il mondo degli anziani continua a rimanere debitore verso i servizi di cura pubblici.

Infatti, la costituzione stessa è stata scritta in anni in cui, per rilevanza numerica e sociale, gli anziani rappresentavano un settore piccolo della popolazione, a cui sembrava andasse assicurata soprattutto la sopravvivenza economica in caso di incapacità, e si riferisce non ai “cittadini” ma ai “lavoratori” (articolo 38). La “protezione”, o tutela, come diciamo oggi, è prevista solo per “...la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo” (articolo 31). Si poteva così sperare che l'istituzione delle regioni, e i successivi interventi, arrivassero a sanare questo “debito” verso gli anziani e ponessero quindi una speciale attenzione al settore della popolazione che più è cresciuto in questi anni, ma anche che pone più problemi di tutela della salute non ancora risolti.

### LA SITUAZIONE ATTUALE DELLA DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI

Sono passati quarant'anni dall'istituzione delle regioni ordinarie, tredici dalla riforma Bassanini, nove dalla revisione del titolo V della Costituzione, mentre assistiamo all'affermarsi di prospettive “federali” nei piani legislativi del governo. In quale situazione ci si appresta ad incrementare un federalismo regionale che già per la sanità ha largamente operato? Vi è stato un virtuoso rin-



**Figura 1** - Distribuzione della percentuale di assistiti in ADI o in Residenza nelle regioni italiane (dati rielaborati da NNA, 2010: per i dati ADI: Pesaresi; per i dati RSA: Chiatti et al.).

correre del sistema dei servizi che ha “naturalmente” creato, per i cittadini anziani, un livellamento verso l’alto per quantità e qualità dei servizi resi? La risposta sembra andare nel senso opposto, con una realtà fortemente disomogenea sia nella possibilità di accesso che nella distribuzione dei servizi di cura sul territorio, al punto da poter seriamente minare l’affermata parità dei diritti. Gli esempi sono tanti e facilmente reperibili su pubblicazioni accessibili (NNA, 2009; NNA, 2010). Emblematica è l’analisi sull’assistenza domiciliare e sulle RSA. La quota media della spesa sanitaria regionale dedicata all’ADI è passata dall’1,06% del 2001 al 1,08% del 2006. Questo dato però è il risultato di andamenti molto diversi. Elaborando i dati del Ministero dello sviluppo economico (2009) è stato messo in luce come nel Centro-Nord la percentuale sia cresciuta dallo 0,98% all’1,29%, mentre nelle Regioni meridionali sia scesa dall’1,25% allo 0,74% (Gori e Casanova, 2009). La percentuale di assistiti totali ha un range che va dal 9,4% del Friuli Venezia Giulia al 2,4% della Puglia. Non diversa è la situazione delle residenze: dal 6,52% del Trentino all’1,06% della Sicilia. Queste differenze si accompagnano alle differenze socio economiche fra le regioni del Nord e del Sud che potrebbero condizionare anche diversità nelle condizioni di salute, in generale, della popola-

zione ma, in particolare, degli anziani, per cui una parte di queste differenze potrebbe essere conseguenza ragionevole e prevedibile di una diversità di bisogni. In effetti, differenze vi sono, ma non sempre spiegano la diversità nei servizi. Ad esempio, in Sicilia il tasso stimato di anziani non autosufficienti raggiunge il 26,1%, in Puglia il 24,2% ed in Calabria il 22,8%, mentre la Lombardia ha il 15,2% e l’Emilia Romagna il 15,9%; la zona con meno anziani non autosufficienti è la provincia autonoma di Bolzano con il 12,9%. Questi dati spiegano almeno parzialmente le differenze fra le regioni nella fruizione dell’indennità di accompagnamento (Gori, 2010), con una correlazione lineare positiva fra i due dati, per cui 13 regioni sono all’interno di questa correlazione, 3 (Molise, Piemonte, Veneto) hanno tassi di fruizione più bassi e 5 più alti (Umbria, Calabria, Campania, Sardegna e Abruzzo). Analoghe correlazioni non si trovano con la presenza di servizi domiciliari, mentre per i servizi residenziali accade addirittura il contrario, per cui vi è una forte correlazione negativa fra numero di posti nelle residenze e presenza dei disabili ultra75enni al domicilio: segno che a mutare non è il bisogno ma l’offerta di servizi, e laddove non vi sono posti in residenza gli anziani non autosufficienti sono a casa, sostanzialmente assistiti dai familiari e dall’assistenza privata.

## PARLARE DI UGUAGLIANZA

*"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.*

*È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese." Costituzione della Repubblica Italiana, art. 3.*

In una situazione di simile disparità solo una robusta ripresa, nei fatti e nelle coscienze, del tema dell'uguaglianza, può dare fondamento al principio di equità formale e sostanziale che dovrà regolare la tutela degli anziani non autosufficienti, ma che è necessaria per tutti i bisogni. Eppure, pochi temi della nostra epoca sono in crisi di credibilità come l'uguaglianza, che sembra aver ceduto di fronte ai nuovi contesti di vita degli italiani: da una parte la crisi economica che costringe a rivedere meccanismi di welfare illimitato obbligando a scelte difficili e togliendo certezze e sicurezza ai cittadini, dall'altra la globalizzazione, con una rifondazione culturale, quasi antropologica, dei temi della convivenza fra popoli e nazioni che aumenta la paura del diverso e contemporaneamente restringe i temi solidaristici ad una visione limitata, non solo geograficamente, del proprio territorio, della propria famiglia, del proprio utile (ad esempio la trasmissione RAI "Articolo 3", che è stata sospesa il 9 novembre 2010, alla quarta puntata, per i bassi ascolti). L'uguaglianza viene mediaticamente degradata ad omologazione ed ogni intervento che tenda, nei fatti, a dare pari opportunità a tutta la popolazione (anziani compresi) sempre più spesso viene presentato come elemento di instabilità e di crisi per i livelli economici dei più garantiti. Scriveva Bobbio (Bobbio, 1995): *"La libertà indica uno stato, l'eguaglianza un rapporto: l'uomo inteso come persona, o, per essere considerato come persona, deve essere, in quanto individuo della sua singolarità, libero, in quanto essere sociale, l'essere con gli altri individui in un rapporto di eguaglianza. Libertà e uguaglianza rappresentano quei valori che appartengono allo Stato dell'individuo. Libertà ed uguaglianza sono i valori che stanno a fondamento della democrazia; fra le tante definizioni di democrazia possiamo darne una: possiamo intendere la democrazia non tanto come una società di liberi ed eguali, ma come una società regolata in modo che gli individui che la compongono sono più liberi ed eguali che in qual-*

*siasi altra forma di convivenza sperimentata dall'uomo".* Anche se per Bobbio la sfida maggiore è posta, nel mondo contemporaneo, dal rapporto con la tecnologia, il fondamento dell'eguaglianza è per lui insieme giuridico e sociale, nasce dal suffragio universale e dall'uguaglianza di fronte alla legge, ma è anche conseguenza dell'insieme dei processi economico sociali e delle loro regole.

A questo proposito è stato scritto di recente (Vandelli, 2010):

*"...L'aprirsi di differenziazioni legislative ha posto seriamente il tema del mantenimento di un nucleo di regole e di prestazioni garantite su un piano unitario, ponendo questioni di fondo sulla modulazione dei diritti, nella delimitazione tra quanto deve rimanere regolato in maniera uniforme dal legislatore statale, e quanto può essere variato dai legislatori regionali. Ma il tema dell'eguaglianza si pone anche sotto aspetti diversi, che investono l'effettività nelle prestazioni e nella soddisfazione dei diritti. Sotto questo profilo sostanziale, anzi, possono riscontrarsi le maggiori difformità da regione a regione: con peculiarità proprie del sistema italiano, dove sono disomogeneità di qualità dei servizi - e non diversità di regole - a determinare rilevanti spostamenti di popolazione (si pensi al fenomeno delle migrazioni sanitarie). Anche sotto questo profilo, la regionalizzazione italiana merita una verifica e una riflessione, alla ricerca di metodi e strumenti che consentano di elevare gli standard di servizi e prestazioni, in una competizione positiva tra territori e un ruolo effettivo di garanzia a livello nazionale. Il tema di viene, del resto, essenziale nella prospettiva di realizzazione del federalismo fiscale. In questo contesto, possono ancora meritare attenzione le prospettive di differenziazione sul tipo di quelle previste dall'art. 116 della Costituzione? E in che termini può corrispondere ad esigenze attuali la stessa diversità riconosciuta nel dopoguerra alle regioni speciali?..."*

## CONCLUSIONI

L'osservanza delle regole, la certezza dei diritti è la prima tutela di chi è più debole; gli anziani non autosufficienti rappresentano un settore della popolazione che è debole dal punto di vista fisico, psichico, sociale ed economico. Dai dati più semplici di analisi della situazione attuale appare che le regioni economicamente più forti sono anche quelle che offrono maggiori servizi, compresi quelli formalmente regolati dai Lea: il federalismo fiscale rischia di rafforzare queste differenze, di cui gli anziani sarebbero alla fine vittime più che beneficiari.

## BIBLIOGRAFIA

---

Bobbio N. Eguaglianza e libertà, Einaudi, 1995.

Chiatti C, Barbatella F, La Mura G, Gori C. La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati. In: NNA - Network Non Autosufficienza - (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

Gori C. La corsa all'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro? I Luoghi della Cura 2010(3):5-10.

Gori C, Casanova G. I servizi domiciliari. In: NNA - Network Non Autosufficienza - (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Maggioli Editore, RSM 2009.

Ministero dello sviluppo economico. Obiettivi Servizio - Quadro Strategico Nazionale. Aggiornamento indicatori, Roma, febbraio 2009.

NNA - Network Non Autosufficienza - (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Maggioli Editore, RSM 2009.

NNA - Network Non Autosufficienza - (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

Pesaresi F. Dove va la realtà italiana. In: NNA - Network Non Autosufficienza - (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

Vandelli L. Dove va il regionalismo italiano: bilancio di un'esperienza di Luciano Vandelli ([http://www.astrid-online.it/Dove-va-il/Note-e-con/VANDELLI\\_GL-Regioni\\_I0\\_02\\_I0.pdf](http://www.astrid-online.it/Dove-va-il/Note-e-con/VANDELLI_GL-Regioni_I0_02_I0.pdf)).

# Continuità assistenziale e stabilità dell'équipe. L'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine

**Daniele Salmaso, Gianni Borghi, Miria Dal Forno, Paola De Lucia, Ilario Guardini, Donatella Sbaiz, Gastone Mini, Roberta Vesca, Sonia Noacco, Maura Mesaglio**

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine*

## INTRODUZIONE

Reclutare e trattenere le risorse infermieristiche è un problema determinato in larga parte dalla carenza, sul mercato, di risorse professionali, che spinge le aziende sanitarie a competere per l'acquisizione di personale (Palese, 2004).

La capacità di attrarre e trattenere gli infermieri è differente nei diversi stati europei, e le ripercussioni di una bassa capacità di formare gli operatori e di mantenerli attivi nella loro professione sono a scapito dei livelli di assistenza erogata nelle aziende sanitarie.

Dai dati pubblicati e riferiti al 2007, si evince che mancano all'appello tra 100.000 e 110.000 infermieri per allineare l'Italia agli altri paesi occidentali. A fine 2007 in Italia la quota di infermieri per 1000 abitanti era circa del 27% inferiore alla media dei paesi OCSE (7/1000 abitanti contro una media OCSE di 9.6/1000). Il nostro Stato si trova agli ultimi posti della classifica seguendo Paesi come Germania (9.9/1000) e Gran Bretagna (10.0/1000) e allontanandosi in maniera significativa dai primi posti dove sono collocate Norvegia e Irlanda rispettivamente con rapporti di 31.9 e 15.5 infermieri per 1000 abitanti (Ministero della salute, 2008; IPASVI, 2010).

Gli incrementi annuali di 7-8.000 infermieri nuovi iscritti all'ordine professionale non sono rassicuranti; considerato che meno di due studenti su 3 del Corso in Infermieristica arrivano alla laurea, occorrerebbe attendere sino al 2022 per assistere ad un allineamento del *gap* con il resto dei paesi occidentali (IPASVI, 2010).

Diverse sono state le soluzioni, adottate dalle istituzioni e dalle aziende, che hanno facilitato il reclutamento

degli infermieri: il passaggio dalla formazione delle scuole regionali all'Università, la definizione di contratti di lavoro flessibili (part-time), la maggiore attenzione verso la salvaguardia dei diritti contrattuali (diritto allo studio, indennità per particolari condizioni di lavoro) e l'introduzione di disposizioni giuridiche a tutela di alcune condizioni (maternità). Se la messa in atto di questi meccanismi ha provocato, nella prima fase applicativa, un trattenimento delle risorse, nel medio-lungo periodo si è creato un depauperamento delle ore lavoro disponibili, proprio a causa dell'utilizzo sistematico degli istituti contrattuali. Ad aggravare la situazione hanno contribuito le ore di lavoro perse a causa del numero sempre maggiore di lavoratori a cui viene riconosciuta un'idoneità fisica condizionata allo svolgimento delle mansioni previste dal profilo lavorativo. Le inidoneità/idoneità parziali sono prevalentemente legate all'invecchiamento della popolazione lavorativa, causato dallo slittamento dell'anzianità di servizio a fini pensionistici.

Di recente, anche a seguito dell'emanazione di linee di indirizzo e criteri per la garanzia e il miglioramento dell'ambiente di lavoro, l'attenzione si sta focalizzando sull'"ambiente di lavoro salubre" essenziale per la qualità e la sicurezza dell'assistenza garantita agli assistiti (RNAO, 2006). L'*International Council of Nurses* (2007) ha recentemente affermato che gli infermieri amano il loro lavoro, ma non l'ambiente in cui esso si svolge.

Un "buon posto di lavoro per gli infermieri" è il luogo ideale per la pratica infermieristica dove è possibile massimizzare la salute e il benessere degli operatori, dove sono perseguiti i migliori *outcome* clinici e le migliori *performances* organizzative (RNAO, 2006). Per sviluppare un ambiente di lavoro salubre, le organizzazioni sanita-

## ESPERIENZE

rie a livello internazionale stanno utilizzando le logiche del programma 'Magnet Hospital' (Kramer e Schmalenberg, 1998a; Kramer e Schmalenberg, 1998b): il programma, che nasce negli USA nei primi anni Ottanta, si sviluppa quando alcuni ricercatori (McClure e Hinshaw, 2002) si interrogano sui fattori che caratterizzano alcuni ospedali che si contraddistinguono per la loro capacità di attrarre e trattenere il personale, malgrado la carenza di infermieri (Palese et al., 2008).

Dati i risultati soddisfacenti dell'applicazione di questo modello, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) Santa Maria della Misericordia di Udine ha intrapreso un percorso di trasferimento ed adattamento del modello organizzativo "Magnet Hospital" allo specifico contesto. Di seguito vengono descritti l'esperienza applicativa e i risultati raggiunti.

## MATERIALI E METODI

### Obiettivi

L'esperienza di trasferimento ed adattamento del modello "Magnet Hospital", definito "Progetto per un buon posto di lavoro", aveva lo scopo di creare un ambiente di benessere lavorativo in grado di assicurare agli infermieri maggiori opportunità di soddisfazione lavorativa, autonomia, esercizio della *leadership* clinica, efficacia nella comunicazione, integrazione multidisciplinare, sviluppo professionale e implementazione delle competenze cliniche ed organizzative; a seguito di tali esiti, nell'organizzazione erano attesi una riduzione dei tassi di *turnover*, dell'*intention to leave*, ovvero della volontà dei professionisti ad abbandonare la professione/il lavoro, dell'assenteismo e della mobilità degli infermieri verso altre aziende.

### Metodologia

Il progetto è stato realizzato in diverse fasi.

- a) **Prima fase.** Analisi ed adattamento al contesto delle 14 forze del magnetismo (Palese et al., 2008) identificando 5 aree (forze) riassuntive dei principali concetti che definiscono il modello nel suo costrutto originale; tale fase ha visto la costituzione di un *team* di progetto composto dalla Direzione delle Professioni Sanitarie e da un gruppo di professionisti rappresentativi dei diversi profili professionali dell'area sanitaria.
- b) **Seconda fase.** Elaborazione del "Piano delle azioni – Per un buon luogo di lavoro – (Magnet Hospital)", a

valenza quadriennale, ovvero di un documento che considerava ciascuna forza adattata al contesto e che comprendeva obiettivi, azioni, *timing*, responsabilità e indicatori di valutazione dei processi e degli esiti.

- c) **Terza fase.** Condivisione del progetto con la Direzione Strategica ed inserimento dello stesso nel piano di sviluppo triennale aziendale 2007-2009; a ciò è seguita la diffusione e il coinvolgimento di tutti i coordinatori infermieri, tecnici e di area riabilitativa dell'azienda.
- d) **Quarta fase.** Realizzazione di una serie di conferenze rivolte a tutto il personale del comparto (19 edizioni per un totale di almeno 2000 partecipanti) allo scopo di diffondere il progetto, spiegare le ragioni del suo sviluppo ed esplicitare i risultati attesi. Una sintesi del progetto è stata messa a disposizione del personale dell'azienda.

## RISULTATI

### Adattamento del modello

Il processo di adattamento ha portato ad una semplificazione del modello originale (14 forze del Programma Magnet Hospital), individuando in 5 forze quelle ritenute aree di intervento prioritario, pertinenti ed applicabili al contesto che riguardavano:

1. Il supporto organizzativo all'assistenza infermieristica
2. L'autonomia professionale
3. La comunicazione interprofessionale
4. La qualità del lavoro
5. Lo sviluppo professionale

Nella Tabella 1 sono riportate le 14 forze originali del modello 'Magnet Hospital' e quelle emerse dal processo di adattamento.

### Sviluppo progettuale

Per ciascuna delle 5 forze sono stati sviluppati progetti specifici.

1. **Supporto organizzativo all'assistenza infermieristica:** la finalità era di guidare e sostenere il cambiamento, e di bilanciare i valori della professione con le priorità assistenziali ed organizzative;
  - a) rafforzare la *Leadership* per mettere in evidenza non solo gli aspetti di competenza manageriale, quanto per far emergere la competenza clinica di base (infermieri clinici) e le competenze avanzate nell'assistenza (infermieri specialisti);

Tabella I - I 14 punti di forza degli ospedali magnete.

<b>I 14 punti di forza del magnetismo</b>
<b>Punto di forza 1: Qualità della leadership infermieristica</b>
Presenza di un leader infermieristico a capo dell'organizzazione infermieristica, che aiuta a definire una filosofia assistenziale, a difendere e sostenere il personale infermieristico.
<b>Punto di forza 2: Struttura organizzativa</b>
Decentramento della decisionalità a livello di unità operativa, forte rappresentanza infermieristica nella struttura organizzativa. La direzione infermieristica è coinvolta nelle decisioni a livello di vertice e strategico.
<b>Punto di forza 3: Stile del management</b>
Stile di management partecipativo a tutti i livelli dell'organizzazione. Gli infermieri occupano posizioni dirigenziali visibili, accessibili e sono in grado di comunicare efficacemente con il personale.
<b>Punto di forza 4: Politiche e programmi per la gestione personale</b>
Coinvolgimento degli infermieri nella definizione delle politiche e dei programmi per la gestione del personale, quali: stipendi competitivi, riduzione della mobilità interna, uso creativo e flessibile delle dotazioni organiche, promozioni.
<b>Punto di forza 5: Modello professionale di assistenza</b>
I modelli professionali di assistenza sono definiti "modelli che danno all'infermiere la responsabilità e l'autorità per pianificare l'assistenza". Gli infermieri sono responsabili del loro operato e coordinatori dell'assistenza.
<b>Punto di forza 6: Qualità dell'assistenza</b>
Un ambiente in cui si può fornire assistenza di alta qualità. La qualità deve essere una priorità dell'organizzazione e gli infermieri percepiscono questa spinta alla qualità: qualità delle infrastrutture e dei processi, sicurezza del paziente, eticità della pratica, <i>evidence based nursing</i> e ricerca.
<b>Punto di forza 7: Qualità del miglioramento</b>
Il miglioramento della qualità come strategia educativa. "Gli infermieri che partecipano al miglioramento della qualità sviluppano conoscenze, abilità e metodi di lavoro innovativi che a loro volta producono miglioramento della qualità dell'assistenza".
<b>Punto di forza 8: Consulenze e risorse</b>
Vengono messe a disposizione risorse per incentivare gli infermieri a diventare esperti e ad offrire consulenze ai colleghi sia del reparto che di altri reparti.
<b>Punto di forza 9: Autonomia</b>
Viene promossa l'autonomia stimolando gli infermieri a specializzarsi in aree specifiche, a frequentare attività di educazione continua, a sostenere il loro punto di vista e le loro scelte.
<b>Punto di forza 10: Ospedale e Comunità</b>
Gli infermieri dell'ospedale promuovono iniziative nella comunità (ad esempio campi scuola per pazienti diabetici; visite nelle scuole superiori per incoraggiare i giovani a scegliere la professione di infermiere). Questa strategia rafforza l'immagine dell'ospedale e della professione infermieristica.
<b>Punto di forza 11: Infermieri come insegnanti</b>
Gli infermieri sono autorizzati a insegnare come parte dell'assistenza; è un'attività che dà molta soddisfazione professionale, pertanto vengono stimolati ad insegnare al personale di supporto, agli studenti, ai colleghi, agli utenti.
<b>Punto di forza 12: Immagine della professione infermieristica</b>
Gli infermieri sono considerati indispensabili ed essenziali per l'assistenza.
<b>Punto di forza 13: Relazioni interdisciplinari</b>
Reciproco rispetto tra tutte le discipline.
<b>Punto di forza 14: Sviluppo professionale</b>
Viene data molta importanza alla formazione permanente, alla formazione sul campo, allo sviluppo di carriera clinica basata sulle competenze.

## ESPERIENZE

- b) definire le priorità assistenziali considerando il rapporto tra evoluzione quali-quantitativa della domanda e risorse disponibili.
2. **Sviluppo professionale:** la finalità era di creare una cultura a supporto dello sviluppo e dell'integrazione delle conoscenze;
  - a) supportando e valutando il personale neo-assunto;
  - b) identificando le competenze cliniche *core* per ogni *setting* assistenziale;
  - c) sostenendo lo sviluppo della disciplina infermieristica e l'integrazione con gli altri professionisti.
3. **Autonomia professionale:** definendo gli esiti sensibili alle cure infermieristiche (*nursing outcome*) ed i meccanismi che li determinano.
4. **Comunicazione interprofessionale:** la finalità era di sviluppare alleanza clinica (sui progetti diagnostici, terapeutici, assistenziali dei pazienti) e con i clinici nei processi decisionali.
5. **Aumentare la qualità complessiva del lavoro.**

## DISCUSSIONE

### Il percorso di adattamento

L'esperienza descritta e conclusa nel 2009 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine documenta un processo di adattamento e trasferimento delle migliori evidenze disponibili per far diventare un ospedale un "buon posto di lavoro per gli infermieri". La contestualizzazione delle forze dal modello originale si è resa necessaria a causa della diversa struttura organizzativa, delle norme e delle logiche che derivano dagli orientamenti del Servizio Sanitario Nazionale rispetto a quelle statunitensi, dove il modello è nato e si è diffuso. Le 14 forze originali sono state ricomprese in 5: tale operazione ha probabilmente dei limiti determinati da una conoscenza del modello *Magnet Hospital* mediata esclusivamente dalla letteratura (il *team* di progetto non è stato guidato da un operatore che ha applicato il modello originale come avviene, per esempio, per i processi di accreditamento), da un'attenzione costante alle esigenze locali ed alle evidenze disponibili che, se da una parte costituiscono una buona modalità di adattamento, dall'altra potrebbero aver stimolato l'individuazione esclusiva delle attività praticabili nello specifico ambiente di lavoro. Va, tuttavia, evidenziato che il progetto ha mantenuto un'elevata coerenza perché l'aver coinvolto in maniera complessiva e sistemica i professionisti corrisponde al perseguimen-

to della filosofia di fondo del modello '*Magnet Hospital*', ispirato ad una partecipazione diffusa del personale ai processi decisionali. Sono state ridefinite dal gruppo di lavoro anche le denominazioni delle forze per renderle congruenti alla prospettiva professionale, al contesto ed ai rapporti con altri operatori. Inoltre, diversamente da quanto documentato nel modello originale, l'esperienza realizzata ha attivato il coinvolgimento di tutte le professioni dell'area sanitaria con la finalità di realizzare un progetto di 'sistema'. Nell'esperienza statunitense, invece, il modello è progettato per valorizzare la componente infermieristica su cui gli effetti sono prioritariamente misurati.

Per verificare la validità delle forze emerse, sarebbe interessante attivare processi di *benchmarking* con altre aziende che ritengono utile un'applicazione del modello adattato al fine di valutare il livello di sviluppo operativo e gli esiti che possono essere conseguiti nel tempo.

### Esiti e limiti

I risultati misurati riguardano prevalentemente indicatori di processo.

Nell'arco del triennio 2007-2009, i professionisti sono stati impegnati nella produzione di strumenti di supporto all'attività clinica e gestionale (ad esempio, politiche, protocolli, procedure), hanno collaborato all'attivazione di progetti di area clinica (ad esempio continuità delle cure, piani per l'attività chirurgica, percorsi diagnostico terapeutici) e di area gestionale (ad esempio *Middle Management meetings*, piani di lavoro correlati agli obiettivi di budget). In totale, per le 5 forze considerate sono state attivate e in parte concluse:

- 18 azioni/progetti per l'area di supporto organizzativo all'assistenza;
- 8 azioni/progetti per l'area dell'autonomia professionale;
- 6 azioni/progetti per l'area della comunicazione/integrazione;
- 4 azioni/progetti per l'area della qualità;
- 4 azioni/progetti per l'area dello sviluppo professionale.

La misurazione dei risultati che derivano dall'applicazione degli strumenti e dei processi, richiede lo sviluppo di ulteriori indicatori specifici e un monitoraggio a lungo termine per verificare gli esiti relativamente:

- alla capacità di *empowerment* dei professionisti, considerando gli elementi definenti le forze (leadership, autonomia professionale, comunicazione, qualità e sviluppo professionale);

- al miglioramento delle condizioni di salute (inteso come adattamento/recupero funzionale e cognitivo, mantenimento/recupero di autonomia, ecc.) negli assistiti nell'ambito dei processi clinici che li vedono coinvolti.

Sono in fase di monitoraggio indicatori di esito più consistenti come, ad esempio, il livello di affaticamento del personale e di efficienza gestionale (monte ore/giorni ferie anni precedenti non goduti, giorni di malattia procapite), o il livello di malessere (ad esempio numerosità delle richieste per mobilità interna, esterna o di dimissioni volontarie). Sono monitorate anche le opportunità di formazione e di perfezionamento professionale degli infermieri. Va tuttavia precisato che nella valutazione finale degli esiti si dovranno considerare numerosi confondenti e l'impossibilità di completo controllo delle variabili individuali, organizzative ed esterne che incidono nel determinare un buon ambiente di lavoro.

## CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER IL FUTURO

Il percorso innovativo realizzato, pur considerando i limiti descritti e i possibili confondenti, rappresenta un buon livello di adattamento al contesto organizzativo in studio delle migliori evidenze disponibili nella letteratura manageriale. Non sono documentate in Italia esperienze sovrapponibili di adattamento o di utilizzo integrale del modello *'Magnet Hospital'*, che sembra assicurare esiti organizzativi, professionali e clinici migliori e la cui chiave

di successo è l'insieme delle forze che mirano a far divenire l'ospedale "un buon posto di lavoro".

Misurare nel tempo gli effetti di tale modello in termini di capacità dell'azienda di reclutare più facilmente il personale infermieristico e di trattenerlo, costituirà un momento importante di validazione dell'adattamento operato sul modello e del suo trasferimento nel contesto italiano.

## BIBLIOGRAFIA

Kramer M, Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Part.I. Institutions of excellence. *J Nurs Adm* 1988a;18(1):13-24.

Kramer M, Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Part.II. Institutions of excellence. *J Nurs Adm* 1988b;18(2):11-9.

McClure ML, Hinshaw AS. Magnet Hospital Revisited: attraction and retention of Professional Nurses. Washington DC: American Nurses Publishing, 2002.

Ministero della Salute. I numeri dell'emergenza infermieristica [on line]. 14 febbraio 2008; ultimo accesso giugno 2010.

IPASVI. L'infermiere, notiziario aggiornamenti professionali, anno LIV, n. 5-6 dic. 2010.

Palese A, De Lucia P, Lavia B, Deroma L. Magnet Hospitals: accreditamento, basi razionali, diffusione ed esiti organizzativi. *MECOSAN* 2008;67:105-14.

Palese A. L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione. *MECOSAN* 2004;14(51):93-100.

RNAO 2006 Linee Guida di Miglior Pratica per gli Ambienti di Lavoro Sanitari.

# La musicoterapia nei nuclei Alzheimer residenziali del Pio Albergo Trivulzio: riflessioni su un'esperienza

*Ivana Santi, Angelo Gaddi, Raffaella Gentile, Monica Gandelli, Massimo Monti*

Azienda di Servizi alla Persona "Pio Albergo Trivulzio", Milano

## INTRODUZIONE

La demenza è una sindrome caratterizzata da deficit neuropsicologici, disturbi comportamentali e psichiatrici, limitazioni dell'autonomia e, specie nelle fasi più avanzate, da complicanze somatiche sovrapposte quali malnutrizione, ulcere da pressione, infezioni, tali da determinare frequentemente, nelle fasi di malattia avanzata, il ricorso all'istituzionalizzazione.

La gestione del paziente con demenza è complessa anche a causa delle limitate risposte alle terapie farmacologiche disponibili, ed alla difficoltà nel controllo di taluni disturbi psico-comportamentali. Per questo sono stati proposti numerosi interventi non farmacologici, tra cui la musicoterapia. Già nell'antichità sono state attribuite al suono particolari prerogative nella prevenzione e cura di malattie fisiche e mentali: la musica infatti può contribuire all'integrazione e al consolidamento dell'identità psico-fisica della persona.

La musicoterapia nasce e si sviluppa in parallelo alle pratiche psicoterapeutiche favorendo l'espressione dell'individualità e la creazione di canali comunicativo-relazionali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita (Stern, 1985; Tronick, 1989; Trevarthen e Aitken, 2001; Stern, 2004).

## CENNI STORICI

I primi cenni di "terapia" della musica risalgono alla scuola di Pitagora, nella seconda metà del sesto secolo prima di Cristo. I pitagorici portarono, all'interno del pensiero accademico e scientifico del tempo, un modo nuovo di considerare la musica rispetto alle relazioni sociali ed allo stato di malattia. In seguito, Platone arriverà ad

elaborare dei "modi musicali" capaci di influenzare alcuni aspetti sociali ed emozionali: ad esempio il modo "frigio", in grado di provocare tensioni eccitanti e passionali nell'ascoltatore, oppure il "dorico", austero e deciso. Anche la cultura romana ha molto valorizzato la musica, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti religiosi, di propaganda politica, di divertimento.

Successivamente, con il diffondersi del cristianesimo e l'affermarsi della Chiesa cattolica, la musica perse i suoi aspetti terapeutici "laici" e fu sempre più associata ad eventi religiosi per stimolare l'ascoltatore alla sacralità nei vari momenti spirituali. Fino a circa tre secoli fa, la Chiesa poteva ancora porre condizioni e veti sui repertori proposti: per esempio, erano vietati i "tritoni" (passaggi armonici che includono accordi formati da intervalli di un tono e mezzo tra la tonica e la medianta e quest'ultima e la dominante, creando una percezione di instabilità) considerati "diavoli in musica".

Col passare dei secoli, la musica ha assunto una connotazione differente a seconda dell'impiego sociale che se ne faceva: sacra, popolare, militare, teatrale, e la figura del musicista, come per altre tipologie d'artisti, si è trasformata in una vera e propria professione svolta su commissione.

È solo nella prima metà del '900 che si ritrova la valenza terapeutica del suono e della musica, e soprattutto gli psicologi si interessarono agli effetti della musica su alcuni aspetti della vita sociale. Ad esempio, Frances ed Edith Lecourt, in quegli anni, riuscirono a provare scientificamente la modificazione dello stato affettivo degli individui che ascoltano un'opera musicale.

La musicoterapia si è successivamente ispirata a vari modelli psicoterapeutici (ad esempio quello cognitivo-comportamentale, la pragmatica della comunicazione di Palo Alto, l'approccio linguistico di Chomsky), ma essenzial-

mente si fonda sulla comunicazione non verbale.

Si sono così delineati diversi modelli di musicoterapia:

- a orientamento cognitivo-comportamentale, proposto in Italia da Mauro Scardovelli ed ispirato alla programmazione neuro-linguistica;
- a orientamento psicodinamico, proposto in Argentina da Rolando Benenzon, in Inghilterra da Mary Priestley ed in Francia da Edith Lecourt;
- a orientamento umanistico, proposto in Inghilterra da Nordoff-Robbins, Alvin, Bunt e, in Italia, da Giacomo Gaggero.

## LA MUSICOTERAPIA NEI PAZIENTI CON DEMENZA ISTITUZIONALIZZATI

Nelle demenze, il progressivo peggioramento cognitivo spesso non deteriora i componenti primordiali sensoriali ed emotivi della persona. La musicoterapia, pertanto, può determinare un miglioramento comportamentale favorendo gli aspetti sociali, espressivi, cognitivi e il rilassamento in quanto, attraverso l'impiego del materiale sonoro-musicale, induce effetti regressivi e terapeutici atti a favorire il determinarsi di momenti riparativi della funzione del Sé, nei suoi aspetti di comunicazione, relazione ed affettività (Aldridge, 1994; Koger et al., 1999; Koger e Brotons, 2000; Snowden et al., 2003; Sherratt et al., 2004; Raglio et al., 2006).

L'intervento di musicoterapia nei pazienti con demenza si propone, in generale, di gestire e ridurre i disturbi comportamentali e migliorare o mantenere le capacità cognitive residue. Inoltre, agendo sugli aspetti di comunicazione, relazione ed affettività, favorisce il mantenimento del senso di identità, facilitando la percezione del mondo esterno. Pertanto, è importante proporre una musicoterapia che si basi non solo sull'ascolto, ma anche sull'interazione tra le figure partecipanti, al fine di produrre un reale lavoro sulla relazione e comunicazione. Una terapia basata solo sull'ascolto, infatti, presuppone la capacità di attuare una rielaborazione verbalizzata dei vissuti emotivo-affettivi, ma ciò risulta difficilmente applicabile in una persona affetta da demenza.

L'intervento di musicoterapia, in genere, si sviluppa secondo le seguenti tappe:

- individuazione del setting dell'intervento e degli strumenti da utilizzare;
- definizione delle modalità di svolgimento (per esempio, individuale o di gruppo);
- raccolta dei dati: anamnesi sonora, efficacia dell'in-

tervento.

Il setting è importante per la relazione che si svilupperà tra l'utente e/o gli utenti ed il terapeuta. Disporre di una sede dedicata, accogliente e acusticamente "appartata", in un ambiente confortevole, è molto importante. Gli strumenti che vengono proposti devono rispondere alle capacità psico-fisiche dell'utente. Lo strumentario proposto, per esempio, da Gertrude Orff, non richiede, da parte dell'utente, conoscenze musicali particolari, abilità espressive o fisiche, evitando così l'ansia da prestazione o il disagio della non produttività sonora, e risulta pertanto adatto al percorso musicoterapico nei soggetti con demenza. Lo strumentario di base comprende: tamburi (di diverse misure, forme, colori), maracas, sonagli, triangoli, legnetti, corone. Possono però essere utilizzati, a giudizio del musicoterapista, anche altri strumenti musicali quali il pianoforte, la chitarra, gli archi in generale, le tastiere.

Le fasi in cui si sviluppa l'intervento di musicoterapia sono:

- incontro con l'équipe curante e/o i familiari per la raccolta dei dati bio-psico-sociali del paziente;
- valutazione dell'idoneità del paziente all'intervento;
- preparazione del setting e dello strumentario;
- confronto con l'équipe sull'andamento dell'intervento;
- raccolta dei dati e valutazione dei risultati.

## L'ESPERIENZA NEI "NUCLEI ALZHEIMER" RESIDENZIALI

A partire dal 2006 abbiamo intrapreso un progetto di musicoterapia che si è sviluppato in distinti interventi presso due "Nuclei Alzheimer" residenziali del Pio Albergo Trivulzio, ciascuno ospitante 20 anziani.

I criteri di eleggibilità dei pazienti all'intervento, comuni nelle due esperienze, erano:

- disponibilità a rimanere nel setting durante l'intervento;
- capacità anche minima all'interazione sonoro-musicale;
- presenza di sufficienti capacità uditive, percettivo-comunicative e relazionali.

Il primo intervento è stato gestito da una musicoterapista diplomata in pianoforte. Lo scopo era di verificare l'efficacia della musicoterapia sul: controllo dei disturbi psico-comportamentali e l'uso di neurolettici. Sono stati reclutati 13 pazienti che, in condizioni basali, sono stati sottoposti a valutazione cognitiva mediante "Mini Mental State Examination" (MMSE) e neuropsichiatrica mediante "Neuro-Psychiatric Inventory" (NPI) e anamnesi

## ESPERIENZE

farmacologica.

I pazienti hanno partecipato ad una seduta settimanale, della durata di circa un'ora, durante la quale è stata analizzata la loro interazione con i suoni e la musica (in particolare, l'utilizzo degli strumenti, del corpo e della voce, la modalità di ascolto, le reazioni a determinate stimolazioni sonore, le preferenze di ascolto e di sonorità) e la relazione con l'operatore (l'interazione dei pazienti nel setting e la modalità e la qualità di relazione col terapeuta).

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi omogenei dal punto di vista cognitivo. Il primo gruppo era costituito da 8 donne (età mediana 86 anni) con durata media della degenza pari a 1,7 anni, MMSE mediano di 7/30 ed NPI mediano di 3/144, ed il secondo gruppo da 3 donne e 2 uomini (età mediana 80 anni) con durata media della degenza pari a 2,4 anni, MMSE mediano di 0/30 ed NPI mediano di 9/144. I disturbi psico-comportamentali erano rappresentati da: agitazione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno e apatia/depressione.

Dopo sei mesi di trattamento abbiamo osservato, complessivamente, un miglioramento rispetto all'agitazione, al wandering e all'insonnia. In alcuni pazienti è stata registrata una riduzione del dosaggio dei farmaci neurolettici; in un caso è stata sospesa la terapia in atto per l'insonnia e in due casi è stata sospesa la contenzione fisica.

Il secondo intervento gestito da un musicoterapista diplomato in chitarra, è stato intrapreso nel febbraio 2007; è durato circa sei mesi e ha reclutato 6 donne (età mediana: 79 anni) istituzionalizzate da 50 mesi (mediana) con MMSE pari a 11/30 e NPI pari a 5/144 (mediana). In questa seconda esperienza sono stati effettuati sia trattamenti individuali sia di gruppo. Due soggetti sono stati sottoposti a sedute individuali settimanali utilizzando un approccio metodologico di tipo psicodinamico. Tali sedute hanno una durata circa 60 minuti e pongono l'attenzione allo sviluppo di canali comunicativi ed espressivi alternativi, partendo da alcune situazioni proprie dell'utente (vissuto sonoro, identità sonora) allo scopo di favorire i processi di relazione col terapeuta.

Quattro soggetti sono stati invece sottoposti a sedute di gruppo, con cadenza settimanale, utilizzando la canzone come "contenitore" del vissuto sonoro della persona.

In questa seconda esperienza sono stati valutati, secondo uno schema di riferimento riportato in Tabella I, lo stato ed il comportamento nelle aree cognitiva, relazionale e corporeo-sensoriale. È stata utilizzata una scheda di va-

lutazione individuale (Fig. 1) (Raglio et al., 2001) in cui il musicoterapista ha assegnato un punteggio arbitrario secondo una scala Likert (0-4) al basale e dopo sei mesi. Anche in questa seconda esperienza sono stati evidenziati, in alcuni pazienti, dei miglioramenti legati soprattutto agli aspetti emotivo-relazionali e corporeo-sensoriali. Inoltre, il personale assistenziale ha frequentemente evidenziato, dopo l'intervento, una positiva relazione tra gli utenti. In due soggetti il miglioramento dei disturbi comportamentali ha determinato la riduzione e/o la sospensione dei farmaci antipsicotici precedentemente assunti. Queste osservazioni sono state estrapolate dal Piano di Assistenza Individuale elaborato dall'équipe curante.

## DISCUSSIONE

Nella presente esperienza l'intervento musicoterapico ha prodotto risultati complessivamente positivi nei pazienti con demenza, coinvolti sia attraverso la modalità di trattamento individuale che di gruppo e si aggiunge alle esperienze in tal senso già presenti in letteratura (Raglio et al., 2006).

Ad oggi la musicoterapia si utilizza prevalentemente come approccio non farmacologico ai disturbi del comportamento nelle fasi avanzate della demenza. Infatti, il linguaggio sonoro, tra quelli non verbali, si può considerare il più immediato e il più vicino allo stato di regressione presente in alcune patologie psichiche, tra cui la malattia di Alzheimer. L'elemento sonoro-musicale, oltre a facilitare il verificarsi di momenti di sintonizzazione (Stern, 1985), favorisce una dimensione transizionale in cui si può sviluppare una comunicazione condivisa. Ciò è alla base dello sviluppo della relazione intersoggettiva, favorendo i processi di armonizzazione e integrazione spaziale, temporale e sociale (Postacchini et al., 1997). Il suono e la musica, infatti, producono un effetto fisico (attraverso i canali uditivo, transosseo, pressorio e vibratorio interno) e al tempo stesso trasmettono informazioni di "senso". Negli stadi più avanzati della malattia di Alzheimer è stata evidenziata la diminuzione dei comportamenti canori. Restano però attive le capacità e le intenzionalità ritmiche di accompagnamento alle canzoni, in particolar modo quando uno strumento a percussione, come il tamburo, viene posto sulle ginocchia amplificando in questo modo gli stimoli vibro-tattili (Wigram et al., 1997; Altea et al., 2003).

È noto che i quattro parametri musicali (intensità, altezza, durata e timbro) esercitano un effetto stimolante sulle

**Tabella I** - Variabili indagate nei pazienti con demenza sottoposti ad intervento di musicoterapia.

	Area Cognitiva	Area Relazionale	Area Corporeo/Sensoriale
<b>STATO</b>	Attenzione	Partecipazione emotiva	Postura Atteggiamento fisico
<b>COMPORAMENTO</b>	Risposta cognitiva	Manifestazioni relazionali e/o affettive	Contatto sensoriale

Cognome	Nome		Data valutazione			
<b>AREA COGNITIVA</b>	<b>No</b>	<b>Poco</b>	<b>Abbastanza</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>	
Ti è piaciuto il momento?	0	1	2	3	4	
Ti è piaciuto suonare?	0	1	2	3	4	
Ti è piaciuto cantare?	0	1	2	3	4	
Ti senti agitato/a?	4	3	2	1	0	
Ti senti tranquillo/a?	0	1	2	3	4	
<b>AREA RELAZIONALE</b>						
Che canzoni abbiamo cantato?	<b>Non so</b>	<b>Non ricordo</b>	<b>Qualcosa</b>	<b>Ne so poche</b>	<b>Ricorda tutte</b>	
	0	1	2	3	4	
Ci vediamo ancora?	<b>No</b>	<b>Non so</b>	<b>Forse</b>	<b>Sì</b>	<b>Volentieri</b>	
	0	1	2	3	4	
Cosa abbiamo fatto?	<b>Non so</b>	<b>Niente</b>	<b>Non ricordo</b>	<b>Qualcosa</b>	<b>Musica</b>	
	0	1	2	3	4	
<b>AREA CORPOREO-SENSORIALE</b>						
Postura rilassata	<b>No</b>	<b>Poco</b>	<b>Abbastanza</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>	
	0	1	2	3	4	
Wandering	<b>No</b>	<b>Raro</b>	<b>Discontinuo</b>	<b>Presente</b>	<b>Molto presente</b>	
	4	3	2	1	0	
Contatto sensoriale	<b>No</b>	<b>Raro</b>	<b>Discontinuo</b>	<b>Presente</b>	<b>Molto presente</b>	
	0	1	2	3	4	

**Figura I** - Scheda di valutazione individuale dell'intervento di musicoterapia.

connessioni sinaptiche cerebrali, agevolando i processi comunicativi di ascolto e il contatto interpersonale. Attraverso l'impiego di materiale sonoro-musicale, in ambito prevalentemente non verbale, la musicoterapia può indurre, nel soggetto con demenza, momenti riparativi

delle funzioni del sé nei suoi aspetti comunicativo-relazionali.

Nelle RSA, che oggi accolgono temporaneamente o definitivamente i malati con demenza che non possono più risiedere al proprio domicilio, non è facile offrire spazi

## ESPERIENZE

ed interventi personalizzati sui bisogni dell'utente, sia per limitazioni strutturali, sia gestionali (ad esempio, la scarsità del personale o l'elevato turnover) nonché per le criticità cliniche, sempre più rilevanti, dei pazienti degenti. Tuttavia, in quanto luoghi di vita e di *care*, è importante ricreare momenti in cui l'anziano possa ritrovarsi con gli altri, raccontarsi, vivere serenamente, manifestare le proprie emozioni, rielaborare positivamente i ricordi ed i vissuti. Spesso la persona con demenza con la quale operiamo non ha capacità e padronanza dei classici canoni comunicativi e relazionali e, in questo caso, il suono e la musica possono essere sostitutivi della parola. Lo stesso uso degli strumenti musicali rappresenta un mezzo intermedio che serve ad entrare in sintonia sia con il terapeuta sia con il gruppo dei pazienti che partecipano all'intervento di musicoterapia.

La struttura stessa della musica ha un forte potere sia evocativo che relazionale: il ritmo, ad esempio, coinvolge la sfera più istintiva e sensoriale della persona, la melodia evoca sia emozioni gioiose (melodie maggiori) che tristi (melodie minori) e l'armonia, attraverso i passaggi accordali, stimola la creatività vocale e mentale.

Nella nostra esperienza l'intervento musicoterapico si è rivelato uno strumento in grado di agevolare l'espressione di emozioni e suscitare una partecipazione emotiva, di stimolare in qualche caso l'attenzione e, in una certa misura, di controllare alcune alterazioni comportamentali. Inoltre, abbiamo registrato ripercussioni positive sul benessere quotidiano dei pazienti attraverso indicatori indiretti, quali: la riduzione, in alcuni casi, della somministrazione di neurolettici, una migliorata socializzazione, il gradimento dei partecipanti dell'intervento musicoterapico.

In Italia, a differenza di altri paesi europei, la mancanza di un riconoscimento della figura professionale del musicoterapista rende più difficile individuare un modello o una proposta uniformi per tutti coloro che vogliono confrontarsi con la musicoterapia. Tuttavia, sono molte le associazioni e le scuole che auspicano una soluzione per consentire la pratica della musicoterapia secondo canoni standardizzati e riconosciuti.

Questo studio presenta alcune significative limitazioni,

quali, ad esempio, la mancanza di una randomizzazione dei pazienti al trattamento, il fatto che il terapeuta coincida con il valutatore, la limitatezza numerica della casistica. Queste limitazioni, contestualmente ai positivi preliminari risultati dell'esperienza, suggeriscono di pianificare ulteriori valutazioni dell'effetto della musicoterapia attraverso studi condotti con rigorosa metodologia, ed il reclutamento di un congruo numero di pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

Aldridge D. Alzheimer's disease: rhythm, timing and music as therapy. *Biomed & Pharmacother* 1994;48:275-81.

Altea P, Bellavigna R, Carnaghi R, Corno L, Pozzi L, Corti N, et al. Musicoterapia con il malato di Alzheimer. *Alzheimer Italia* ed., Milano 2003.

Koger SM, Chapin K, Brotons M. Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *J Music Ther* 1999;36:2-15.

Koger SM, Brotons M. Music therapy for dementia symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 3: CD001121.

Postacchini GL, Ricciotti A, Borghesi M. *Musicoterapia*, Carocci ed., Roma 1997.

Raglio A, Manarolo G, Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: Proposte applicative e ipotesi di ricerca*. Cosmopolis ed., Torino 2001.

Raglio A, Ubezio MC, Puerari F, Gianotti M, Bellelli G, Trabucchi M, Villani D. L'efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con demenza di grado moderato-severo. *Giornale Gerontologia* 2006;54:164-9.

Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioural symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1305-17.

Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Music interventions for people with dementia: a review of the literature. *Aging Ment Health* 2004;8:3-12.

Stern D. *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Book 1985.

Stern D. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton & Company Ltd. Ed., London 2004.

Trevarthen C, Aitken KJ. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;1:3-48.

Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychologist* 1989;44:112-19.

Wigram T, Saperston B, West R. *Manuale di arte e scienza della musicoterapia*. Ismez ed., Roma 1997:377-97.

# L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Secondo rapporto

A cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza), Maggioli Editore, 2010

Antonio Guaita<sup>1</sup>, Marco Trabucchi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI); <sup>2</sup> Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

**È** appena uscito, pubblicato da Maggioli Editore, il secondo rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti, a cura del "Network Non Autosufficienza (N.N.A.)", nato da un'idea di Cristiano Gori e dedicato all'assistenza a domicilio.

Il tema scelto è centrale per lo sviluppo dei servizi in Italia, in quanto è l'unico servizio sociale per gli anziani che in questi anni è cresciuto, anche se in modo diverso, nelle regioni.

Il rapporto mette in luce i punti di forza, ma anche di debolezza, del sistema di cure domiciliari nel nostro paese. Un punto centrale è senza dubbio la sua diffusione, ma un punto debole è la grande disomogeneità sulle scelte di politica dei servizi: assistere molte persone per poco tempo, o assistere poche persone, molto bisognose, per più tempo? Si può dire che ogni territorio si caratterizza per scelte proprie nell'ampia gamma dei diversi equilibri fra queste due impostazioni.

Anche per i bisogni a cui si risponde, emergono dal "rapporto" elementi di forza e di debolezza, ad esempio che, mediamente, le persone assistite a domicilio sono portatrici di bisogni complessi, per cui i clienti italiani del servizio domiciliare sono fra i più funzionalmente compromessi dei paesi europei. Nello stesso tempo, però, la tendenza dei servizi erogati è verso la "prestazione" semplice, su obiettivi di cura ristretti, con un'evidente carenza di programmi integrati e di, anche parziale, presa in carico del percorso di cura. L'elemento critico della cura personale viene oggi sempre più assicurato dall'assistenza privata, portata avanti, per lo più, da personale immigrato; questo importante fenomeno, che caratterizza i paesi dell'area mediterranea dell'Europa, trova un apposito spazio in questo volume, ma non è difficile pensare che sarà al centro di ogni ana-

lisi sul futuro dei servizi di assistenza ai non autosufficienti in Italia.

Luci e ombre, quindi, sono analizzate da punti di vista differenti: da quello delle politiche all'analisi dei bisogni.

Questa pubblicazione, come già quella dell'anno scorso, è l'unica che discute l'evoluzione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia e si propone come strumento di lavoro puntuale, chiaro, per chiunque sia interessato al tema.

Nell'introduzione, i componenti del "network" scrivono: "Il Secondo Rapporto del Network Non Autosufficienza (N.N.A.) propone ai lettori un'analisi di come evolvono gli interventi pubblici nel nostro paese e un approfondimento sui servizi domiciliari. La prima parte contiene il monitoraggio dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Inizia con un capitolo – la "Bussola" di N.N.A. – che presenta i dati più aggiornati disponibili. Successivamente compie un bilancio delle politiche realizzate dal Governo Berlusconi nel periodo maggio 2008-autunno 2010, dedicando uno specifico approfondimento alla sanatoria delle badanti. Infine esamina quanto è stato realizzato nella legislatura regionale 2005-2010 dalle Regioni che hanno rinnovato la propria Giunta in quest'ultimo anno. La seconda parte contiene un approfondimento monografico sui servizi domiciliari, intesi come i servizi alla persona a (almeno parziale) finanziamento pubblico forniti nella casa dove l'anziano vive. Comincia con un capitolo che ne introduce i tratti principali e ne mette a fuoco le condizioni per il successo, per poi discutere la loro diffusione nel nostro paese e i principali modelli organizzativi esistenti. Successivamente si dedica ai bisogni degli utenti e all'adeguatezza delle risposte fornite loro, mentre il passo seguente consiste nell'ampliare lo sguardo così da esaminare l'intreccio tra servizi, famiglie e badanti. In conclusione mette a confronto l'Italia con la

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

realità europea. Il testo è acquistabile nella versione cartacea (ndr: 15 €) e può venire scaricato gratuitamente da internet ([www.maggioli.it/rna](http://www.maggioli.it/rna)) al fine di promuoverne la diffusione. Sul medesimo sito si trova anche il nostro precedente Rapporto. Quest'ultimo ha suscitato un notevole interesse tra gli operatori, gli studiosi e nel mondo politico-istituzionale. Vogliamo ringraziare tutti coloro i quali hanno mostrato attenzione nei confronti del nostro lavoro e ci auguriamo che pure il presente volume possa suscitare la loro curiosità".

Questi i capitoli e gli autori del libro: "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Secondo Rapporto" a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Rapporto promosso dall'IRCCS - INRCA per l'Agenzia Nazionale per l'Invecchiamento.

Prefazione di Antonio Aprile e Fabrizia Lattanzio  
Introduzione di Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi

### PARTE PRIMA **Monitoraggio dell'assistenza. Il quadro dell'Italia**

1. La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati, di Carlos Chiatti, Francesco Barbabella, Giovanni Lamura e Cristiano Gori
2. Le politiche nazionali, di Fabio Cembrani, Renato Cugno, Cristiano Gori, Franco Pesaresi e Fabio Ragaini
3. La regolarizzazione delle badanti, di Sergio Pasquinelli e Giselda Rusmini
4. Le politiche regionali, di Cristiano Gori, Laura Pelliccia e Rosemarie Tidoli

### PARTE SECONDA **Approfondimento monografico. Il punto sui servizi domiciliari**

5. Le cure domiciliari: caratteristiche e condizioni di successo, di Anna Banchemo e Marco Trabucchi
6. Dove va la realtà italiana, di Franco Pesaresi
7. I bisogni e le risposte, di Antonio Guaita e Georgia Casanova
8. I servizi domiciliari tra reti informali e assistenti familiari, di Mirko Di Rosa, Maria Gabriella Melchiorre e Giovanni Lamura
9. Italia e Europa a confronto, di Maria Gabriella Melchiorre, Mirko Di Rosa, Carlos Chiatti e Giovanni Lamura

